Med. Sch.

HOSPITAL GENERAL

REVISTA MEXICANA DE CIENCIAS MEDICAS

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICOS DEL HOSPITAL GENERAL

Director

Dr. Luis Méndez

(Director del Hospital General)

CUERPO DE REDACCION

DOCTORES:

Gregorio Salas.
Rodolfo Gayol.
Germán Troconis A.
Fernando Quiroz.
Aquilino Villanueva.
Gustavo Argil.
Reynaldo Escobar.
Eduardo Vignon.
Manuel Ortiz.
Amador G. Ugaled.
Salvador González H.
Emilio Longoria.
Juan N. Vasavilbaso.
Manuel J. Castillejos.
Darío Fernández.
Mariano Vázquez.
Arturo de los Ríos.
Juan Mora.
Abraham Ayala González.
Leonides Guadarrama.
Ignacio Cávez.
Salvador García Téllez.
Juan Luis Torroella.
Juan N. Andrade.
Pablo Mendizábal.
Manuel Perea.
Rosendo Amor E.
Alfonso Sousa y Abarca.
Ismael Cosío Villegas.
Alejandro Verges.
Cayetano Andrade.
Gonzalo Cosío.
Humberto Camacho.

Antonio Gómez.
Julián González Méndez.
Abelardo Monges López.
Genaro Márquez.
Vicente Pérez de la Vega.
Ignacio González Guzmán.
Ricardo Rojina.
Manuel Martínez Báez.
Enrique Villela.
Ernesto Ulrich.
Eliseo Ortiz.
Francisco Fonseca.
Javier Longoria.
Manuel Pesqueira.
Manuel Lezama.
Benito Flores.
Darío de Hoyos.
Joaquín Correa.
José García Noriega.
Pablo Barroeta.
Salvador Alvarado.
Angel Fuertes.
Armando Bustos.
Genaro Zenteno.
Luis G. Campos.
José María González Guzmán.
Roberto Alfaro.
Juan Díaz Pérez.
Joaquín Castillejos.
Carlos M. Torres.
Lázaro Pavía.
Arturo Lara Rivas.
Angel G. de Quevedo.

Alejandro Velasco Z.
Roberto Gamboa.
Mario Fuentes.
Alfonso Guadalajara.
Abel Ramiro Moreno.
Ignacio Vertti.
Julián Guinea.
Rubén Ricalde y G.
Fernando Medina.
Luciano Huerta.
Rodolfo Ayala.
Serafín Murillo.
Manuel Castañeda.
Alejandro Guevara.
Eduardo Rivas.
Manuel Manzanilla.
Mario Quiñones.
J. Trinidad Cano.
Carlos Coqui.
Manuel Vaquero.
Salvador Aceves.
Lino Vergara.
Magín Puig.
Luis Vaquero.
Alfonso Vergara.
Ricardo Kirchner.
César Graham.
Wistano García R.
José Luis Gómez Pimienta.
Clemente Carrillo y Cárdenas.
José A. Guevara.
Enrique de Noriega.
Ramón Flores.

Octubre de 1932

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
28 JUN 1933

Año VII

No. 38

Cloruro
de
SINOMENINA
(Reg. D. S. P. 3700)
PARA EL
TRATAMIENTO
del REUMATISMO
y NEURALGIAS
"CLORURO DE SINOMENINA" es un remedio específico para el Reumatismo y Neuralgías, descubierto por el Dr. Médico N. Yshiwari, después de largas investigaciones efectuadas en el Instituto Farmacológico de la Universidad Imperial de Kiyoto, bajo la superintendencia del Profesor K. Marishima.
"CLORURO DE SINOMENINA" es una sal clorhídrica de la Sinomenina, alcaloide cristalino obtenido por un procedimiento químico especial del Sinomeniun actum Rehd et Wils (Minos permaceas), hierba medicinal, específica para el tratamiento del Reumatismo y las Neuralgías, que goza de gran popularidad en el Japón desde tiempos muy remotos.
"CLORURO DE SINOMENINA" es un polvo blanco, cristalino, de sabor acre, soluble en agua en proporción de 4-8%, funde a 231 C.
Importadores: CIA. INTERNACIONAL DE DROGAS, S. A.
Isabel la Católica, 85. México, D. F.

UNION MEDICA MEXICANA, S. C. L.

Laboratorios Terapia

México, D. F. **Madrid No. 43**

FERRASQUINOL

U. M. M.

COMPRIMIDOS ANTIPALUDICOS

Fórmula:

Cloruro básico de quinina	0.10	gr.
Cocodilato de hierro	0.02	„
Extracto de quina gris	0.03	„
Extracto de quina roja	0.03	„
Extracto de quina amarilla	0.04	„
Excipiente	0.10	„
Por comprimido	0.32	gr.

Indicaciones terapéuticas: Paludismo agudo y crónico. Anemia palustre. Caquexia palustre.

Contraindicaciones: Las del tratamiento quínico, en general.

Advertencia: Con objeto de evitar una posible acumulación del arsénico, se recomienda no administrar este producto de un modo indefinido sino que debe suspenderse la medicación v. g. unos 5 días después de cada período de 10 días de tratamiento.

Presentación: Frascos de 30 comprimidos.

Registro No. 9066. D. S. P.

DINOGENOL U. M. M.

Fórmula.

Sodio Cacodilato	0.20	gr.
Sodio Glicerofosfato	0.20	„
Estricnina Sulfato	0.002	„
Suero Fisiológico C. B. P.	5. c. c.	

Indicaciones terapéuticas: Obrando como tónico general, es útil como auxiliar en el tratamiento de: Las anemias, convalecencias, neurastenia, y en los asténicos y debilitados.

Contraindicaciones: Insuficiencias hepática y renal, e hipertensión.

Presentación: En caja de diez ampolletas.

Advertencia: Queda exclusivamente en manos de los señores médicos el señalar la dosis en cada caso particular.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo vigilancia médica.

Registro No. 8340. D. S. P.

Los Médicos de Prestigio Prescriben estos Productos

LITERATURA A SOLICITUD

CISTITIS URETRITIS PROSTATITIS ORQUI-EPIDIDIMITIS

y en todo el proceso inflamatorio, agudo o crónico del sistema genito-urinario la

Antiphlogistine

debido a sus propiedades bienhechoras indiscutibles ya sea provocando hiperemia con su consecuencia: la fagocitosis; ya sedando el dolor; y obrando aunque ligeramente como antiséptico, etc. resulta ser el medicamento local más recomendado y usado desde hace muchos años.

La Antiphlogistine acelera la curación, alivia la inflamación y mitiga el dolor

Muestras a solicitud

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO. NUEVA YORK, E. U. de A.

Representados en México por:

SANBORN HNOS. S. A.

Av. Madero No. 4. México, D. F.

ANTIPHLOGISTINE

HOSPITAL GENERAL

REVISTA MEXICANA DE CIENCIAS MEDICAS

PUBLICACION MENSUAL

Registrada como artículo de segunda clase, con fecha 23 de diciembre de 1930.

DIRECTORIO

DR. LUIS MENDEZ.

(Director del Hospital General.)

DIRECTOR.

M. LEON DIAZ.

Administrador.

Eric. 9-13-99. Mex. L-02-92.

Hospital General.

MEXICO, D. F.

PRECIOS DE SUBSCRIPCIONES:

Para el interior de la República, Estados Unidos, Islas Felipinas, Cuba, Canadá, España y América en general:

Por un año..... $ 10.00

Para los demás países de la Unión Postal Universal:

Por un año..... $ 20.00
Números sueltos..... 1.00
Números atrasados..... 1.50

Nuestros precios para el extranjero son en dólares o su equivalente en Moneda Nacional.

Se acepta colaboración, pero en ningún caso se devolverán originales. Toda correspondencia relacionada con la Redacción de este periódico, debe dirigirse al Director.

Para cambio o suspensión de anuncio, o de subscripciones, debe darse aviso por escrito a la Administración.

Correspondencia sobre anuncios y subscripciones diríjase al Administrador.

SUMARIO:

	Pág.
Un modelo de Electrofonendoscopio para auscultación colectiva.—Por el doctor Ignacio Chávez y Teodoro Flores....	1939
Forma de Historia Clínica adoptada por los Hospitales de Boston, E. U. de A.—Traducción del doctor Fernando Rueda Magro.....	1345
Clasificación de los Tumores Intracraneanos.— Por el doctor Fernando Rueda Magro.....	1352
La Tripaflavina en el Tratamiento de la Pústula Maligna (concluye).—Por el doctor Carlos Finck.....	1354
Estudio Teórico-Práctico de la Operación intracapsular de la Catarata.— Por el doctor R. Castroviejo jr.....	1362

SERVICIO

A la Profesión Médica de la América Latina

A SUS apreciables órdenes están los distribuidores VICTOR cercanos a usted, listos a instalar sus Equipos VICTOR y a mantenerlos en perfectas condiciones de funcionamiento por medio de la cooperación de ingenieros especialistas.

Ya sea para diagnóstico o tratamiento, existe un Aparato VICTOR que satisface sus requisitos. Usted puede elegir entre quince modelos de aparatos de rayos X, los de rectificación de Kenotrones, los de rectificación mecánica, los autorrectificadores y los Equipos "Shock Proof,"* con el tubo sumergido en aceite. Igualmente puede usted obtener el aparato de fisioterapia que llene sus necesidades.

Nuestras facilidades de investigación electromédica y la contribución de parte de esa honorable profesión, nos han permitido manufacturar equipos que constituyen los modelos más eficientes y prácticos con que se cuenta actualmente.

Su inversión en Equipos VICTOR es una seguridad de amplia satisfacción.

Infórmese usted acerca del "SERVICIO VICTOR de Inspección y Ajuste"

* A Prueba de Choques

GENERAL ELECTRIC
SOCIEDAD ANONIMA
Distribuidores Exclusivos para la República Mexicana
Gante y 16 de Septiembre—México, D. F.

GENERAL ELECTRIC
X-RAY CORPORATION
2012 Jackson Boulevard Chicago, Ill., E. U. de A.

ANTES VICTOR X-RAY CORPORATION

Un modelo de electrofonendoscopio para auscultación colectiva

Por el Dr. Ignacio Chávez y Teodoro Flores

Profesor de Clínica Médica, Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital General, Miembro de la Academia Nacional de Medicina. (México, D.F.)

HACE tiempo que uno de nosotros viene sintiendo la necesidad imperiosa de contar con un aparato capaz de permitir que todos los alumnos de su clínica puedan auscultar simultáneamente a un enfermo, en vista de que la enseñanza se hace cada vez más difícil por el número tan crecido de estudiantes que asisten a su cátedra. En efecto, es casi imposible el que todos y cada uno de los alumnos puedan auscultar los ruidos cardíacos y pulmonares de un mismo enfermo. Las explicaciones verbales y los dibujos esquemáticos no pueden substituir en el espíritu de los que no han oído a la enseñanza que deja la exploración personal. Por eso la importancia de contar con un dispositivo que permita la trasmisión simultánea a todos los alumnos, de los fenómenos recogidos por el estetoscopio del profesor, quien podrá así señalar a los alumnos lo que interesa oír.

El perfeccionamiento de los sistemas de amplificación del sonido ha hecho posible la construcción de semejante dispositivo. El problema consiste en evitar que, al amplificarlos, venga la distorsión de los ruidos y en hacer que éstos conserven su tonalidad y su timbre propios, de ser posible tal como los percibe el oído directamente aplicado contra el pecho del enfermo o como los recoge el estetoscopio. Los ensayos que en tal sentido se han hecho y que conocemos, por ejemplo, el realizado por la casa Gaumont de París bajo la inspiración de Lutembacher, no han logrado evitar la distorsión de los fenómenos acústicos ni la adición de ruidos parásitos y distan mucho de ser satisfactorios para la enseñanza. Otros, que no conocemos, como el de Scheminzki y el de Pende, han sido concebidos para otros fines; el de este último lo fué con el objeto de auscultar desde tierra los ruidos del corazón de un piloto en vuelo y en el modelo de 1930 ha agregado un dispositivo para el registro gráfico de los ruidos cardíacos y pulmonares.

Para la realización del aparato que hoy describimos y que fué construído por el segundo de nosotros, se fijaron de antemano, como requisitos indispensables para el tambor microfonendoscópico, el de ser susceptible de transformar la energía puramente acústica en energía puramente electromagnética (factor de suma importancia, como veremos, para la calidad del sonido resultante); el de ser tan pequeño como el pabellón habitual de un estetoscopio o el tambor de un fonendoscopio (factor importante para la correcta localización de los fenómenos), y, por último, el de ser fácilmente manejable.

Para satisfacer el primer requisito se escogió el sistema de inducción electromagnética en lugar del de transmisión por micrófono de carbón o micrófono electrostático. Se desechó el de carbón por la gran cantidad de ruidos adventicios que produce el choque de las finas partículas de carbón al paso de la corriente eléctrica. Para satisfacer los dos últimos, se desechó el micrófono electrostático por su difícil manejo, pues requiere un

dispositivo de gran tamaño, completamente solidario del micrófono.

Principio y fundamentos del micrófono electromagnético.—Para comprender el funcionamiento del aparato adoptado, hagamos primero un somero recuerdo de ciertos principios de física. Sea un imán permanente N. S., completamente fijo (fig. 1). Uno de sus extremos queda cubierto por un solenoide B, que no es sino un cilindro de ebonita que lleva enrolladas numerosas vueltas de un alambre muy fino de cobre con forro de esmalte, alambre cuyos extremos conectan con el galvanómetro G, que registra corrientes de muy pequeña intensidad. Basta que se haga cambiar de posición al solenoide B en cualesquiera de los dos sentidos que indican las flechas para que inmediatamente el galvanómetro marque una desviación de la aguja, indicando así que el movimiento ha sido transformado en variación electromagnética.

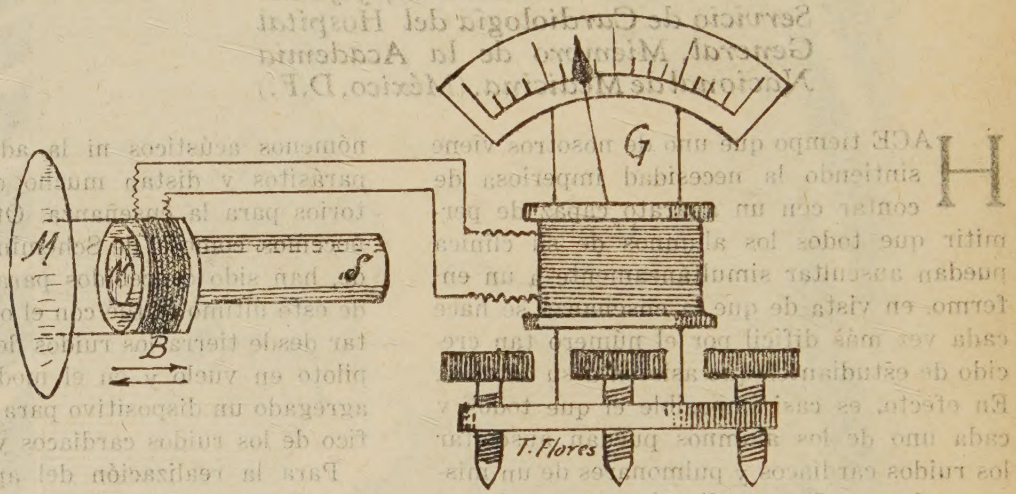


Figura 1.

He aquí un modo precioso de transformar el movimiento mecánico acústico en variación electromagnética. Para el caso particular nuestro, en que se trata de recoger y transformar ruidos cardíacos o pulmonares, basta con fijar el solenoide B a una membrana de fonendoscopio M mediante los tallos que se representan en la figura, o bien fijar B directamente a M, caso en el cual el peso de B debe ser lo más ligero posible para no entorpecer las vibraciones de la membrana.

Una de las grandes ventajas de este procedimiento es la de poder recoger tanto las vibraciones de número muy bajo como las que llegan a muchos miles, lo que da por resultado que no se modifique el timbre de los sonidos, pues si es cierto que los ruidos del corazón dan ondas acústicas de frecuencia fundamental muy baja (algunas casi en el límite inferior de la audibilidad), también lo es que van siempre acompañadas de ondas componentes armónicas cuya frecuencia llega hasta los miles y que son las que contribuyen a formar el timbre del ruido o del sonido, ondas que, por lo tanto, es necesario captar para que la reproducción sea correcta.

Teniendo en cuenta estos principios, se logró construir un microfonendoscopio que, a pesar de tener todos los elementos señalados en el esquema, no es más grande que el tambor de un fonendoscopio común y que posee además un pequeño aditamento destinado a recoger, todavía con más delicadeza y precisión, un soplo, un estertor o un tono que sea preciso aislar de los fenómenos ambientes para poderlo analizar.

Sistema de reproducción del sonido.—Desechamos el de bocina en virtud del inconveniente fundamental que significa la "viciación" del sonido, o sea el fenómeno que re-

sulta de que el sonido captado por el micro-fonendoscoio y trasmitido por la bocina sea de nuevo captado por el microfonendoscopio y vuelto a trásmitir a la bocina, lo que viene a viciar la pureza de los fenómenos acústicos. Este sistema, por lo tanto, resulta inadoptable cuando el tambor y la bocina funcionan en el mismo recinto, como sería el caso de nuestra aula.

Por otra parte, la reproducción por medio de la bocina es muy voluminosa y da sensaciones auditivas muy distintas de las que se tendrían con el fonendoscopio.

De aquí que se haya escogido el sistema de reproducción por audífonos, los que sí dan sensaciones absolutamente comparables a las que se tienen con el estetoscopio biauricular y con los que se descarta el inconveniente señalado de la "viciación," ya que la reproducción que los audífonos hacen es perfectamente local.

La realización de este sistema es bien sencilla. Basta con poner en lugar del galvanómetro G un par de audífonos sensibles para obtener en principio un electrofonendoscopio, ya que las variaciones electromagnéticas generadas en la bobina B del miscrofonendoscopio, se reproducirán en las bobinas de los audífonos, que tienen un sistema semejante al del receptor.

Sistema de amplificación.—Queda un problema más por resolver. Con un dispositivo como el que hemos descrito no podrían reproducirse sino ruidos o sonidos de suficiente intensidad. Pero los ruidos cardíacos y pulmonares son de una energía sumamente pequeña, de modo que los movimientos resultantes en los diafragmas telefónicos no lograrían impresionar el oído, máxime cuando se quiere que trabajen simultáneamente un gran número de audífonos. Se hace, por lo mismo, indispensable, amplificar grandemente la onda electromagnética generada por el microfonendoscopio, de modo que el oído logre percibir con claridad los fenómenos de auscultación. Nueva razón para haber escogido entre los medios de conducción del sonido el electromagnético, por ser éste el único que admite amplificación real sin perder ninguno de sus caracteres.

La amplificación se logra con tubos de radio, alimentados con corriente continua (pilas), en lugar de corriente alterna filtrada, como se usa comúnmente en los radios receptores, pues por muy bien que se la filtre siempre produce un zumbido que perjudica a la pureza con que deben escucharse los ruidos clínicos.

Los tubos utilizados son los conocidos con los nombres de Screen-grid, tríodos y pentodos, que permiten una amplificación enorme sin distorsión (el Screen-grid, por ejemplo, la da de 1 a 500), lo que hace que con sólo 4 tubos se llegue a la amplificación fabulosa de 1 a 3.000,000. Naturalmente que con este factor de amplificación la corriente se llena de impurezas (ruidos parásitos), que dependen ya sea de las líneas de alumbrado o de fuerza motriz, o ya de las ondas hertzianas que produce cualquiera descarga eléctrica, o bien las producidas por cualquier aparato eléctrico de los que continuamente trabajan en un hospital. Por otra parte, el microfonendoscopio adquiere una sensibilidad tan enorme que capta cualquier ruido, por pequeño que sea, y como se sabe que las frecuencias altas, como la de la voz, se amplifican en proporción a la amplitud y frecuencia de sus ondas, resulta que todos esos ruidos se sobreponen de tal modo que prácticamente los del corazón y del pulmón quedan ahogados y dejan de percibirse. La figura 2 da una idea clara de este fenómeno.

Por lo demás, el factor de amplificación no puede disminuirse, pues si tal sucede el microfonendoscopio queda torpe para reproducir los ruidos clínicos, de modo que se plantea un último problema, el de sostener una amplificación muy alta, conservando, no obstante, la pureza de los sonidos, libres de todo ruido parásito.

Filtración del sonido.—La dificultad antes apuntada se ha obviado mediante un juego de filtros (condensadores de distintas capacidades) que producen caídas de frecuencia en una forma progresiva. Con este objeto se calculó cuáles serían las ondas fundamentales producidas por los ruidos clínicos, utilizando un grupo de enfermos que presentaban los más variados padecimientos cardíacos o pulmonares y promediando la frecuencia entre unos 16 ciclos, que se pueden

admitir como el mínimo y unos 300 que son el máximo de ondas fundamentales. Mediante el dispositivo que se indica en la figura 3 se dejan pasar fácilmente bandas de ciclos comprendidos dentro de dichos límites, sin que esto impida que pasen frecuencias superiores, pero esto con dificultad tanto mayor cuanto más grande sea la frecuencia. Se llega a tener así una audición de los ruidos clínicos tan limpia y exacta como la obtenida con el fonendoscopio usual, totalmente exenta de ruidos parásitos.

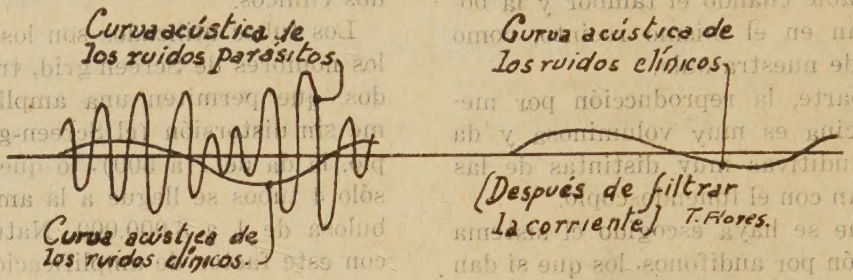


Figura 2.

Partes constitutivas del aparato y descripción de la instalación.—En resumen, el dispositivo consta de lo siguiente:

a) **Del microfonendoscopio,** mediante el cual se recogen los fenómenos de auscultación con igual técnica que con un fonendoscopio ordinario de transmisión aérea. En lugar de tubo de comunicación, está provisto de un cordón eléctrico de 1 metro 25 centímetros de longitud, en cuya extremidad distal lleva una clavija de enchufe;

b) **Del aparato amplificador** (fig. 4), armado en una plancha de ebonita, que a su vez está montada en un mueble de nogal. Las pilas, lo mismo que el microfonendoscopio y la caja de control, se guardan en otros tantos compartiments de dicho mueble. El aparato emplea 4 tubos electrónicos, siendo uno

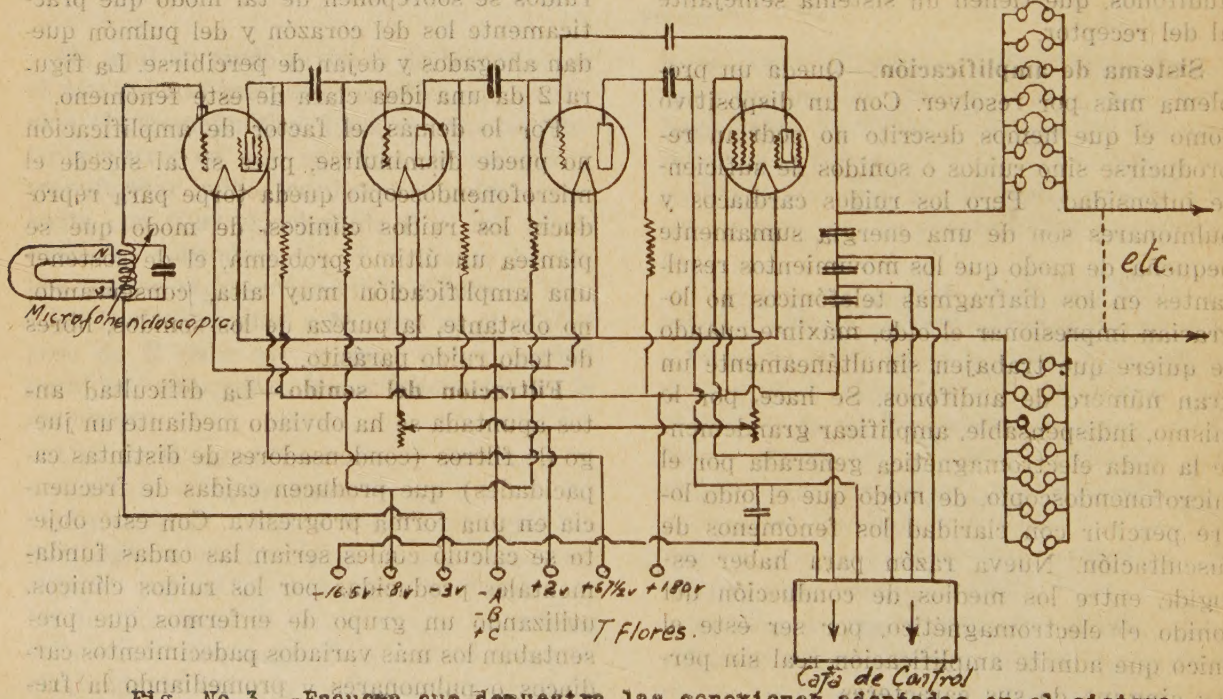


Fig. No.3. -Esquema que demuestra las conexiones adoptadas en el sistema.

de ellos un Screen-gird, dos son tríodos y el otro pentodo de poder que suministra hasta 700 milivatios en la línea de carga, lo que hace factible conectar hasta 60 pares de audífonos simultáneamente, sin que se pierda el más pequeño detalle de auscultación. Los ánodos de los tubos trabajan con una diferencia de potencial de 180 voltios, con su respectiva baja de corriente negativa de rejilla, suministrada por las pequeñas baterías C. Otras 2 baterías de 1½ voltios cada una suministran la corriente para la ignición de los tubos;

c) **De la caja de control**, que es un pequeño aparato comunicado con el amplificador mediante dos cordones de tres polos cada uno y cuyo objeto es controlar la intensidad y el tono que se escucha. Resulta un aditamento útil y cómodo, ya que el profesor tiene las llaves de control muy cerca del microfonendoscopio;

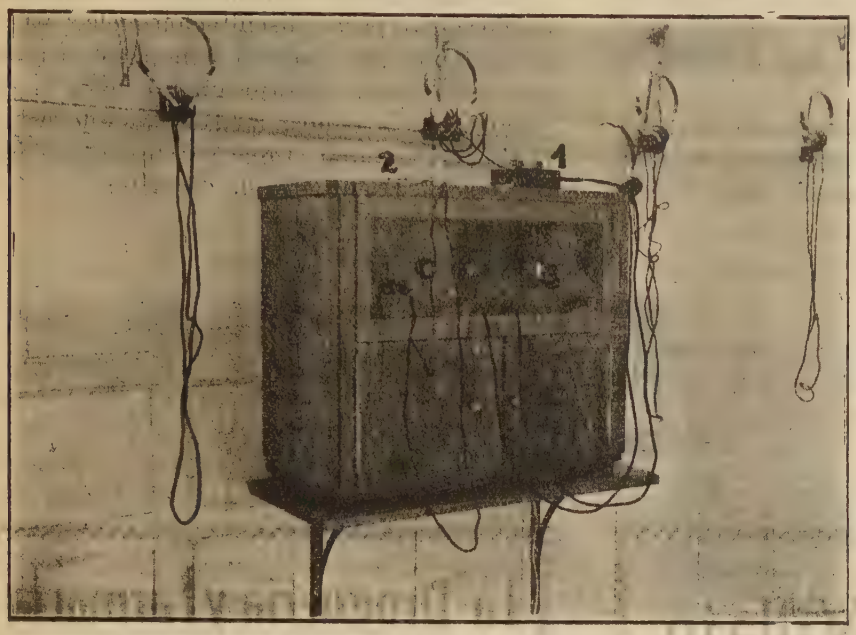


Fig. 4.—Aparato amplificador del sonido. 1—caja de control del tono y de la intensidad 2 — microfonendoscopio 3—llave de encendido.

d) **De la instalación de audífonos** (fig. 5),

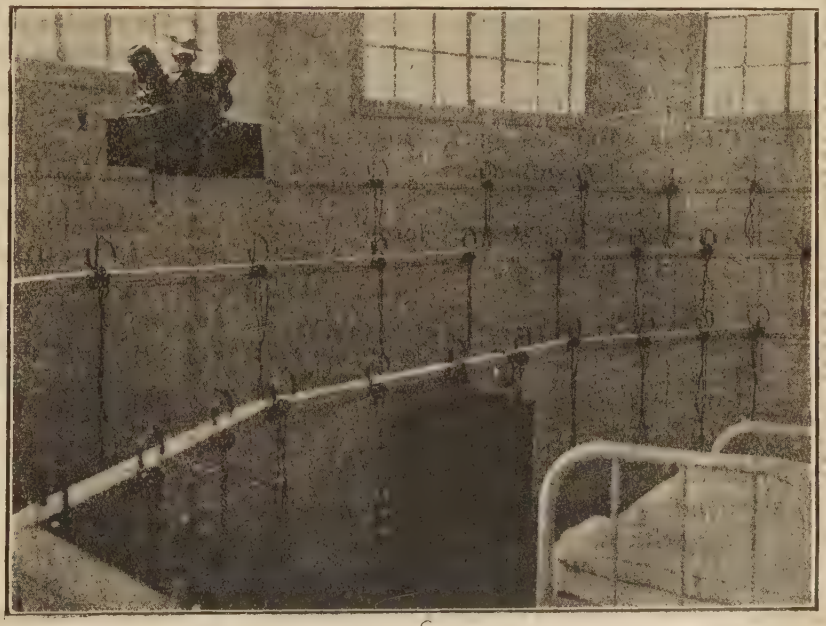


Fig. 5.—Vista parcial de la instalación de audífonos en el aula del Servicio de Cardiología.

un para para cada alumno. En el aula de nuestra clínica se instalaron 50 pares, sostenido cada uno por un gancho niquelado que se fijó frente al asiento de cada alumno. La corriente es llevada a los audífonos por un delgado cordón que recorre las molduras de la baranda. Una delgada placa de ebonita admite las dos clavijas en que remata el cordón de los audífonos para establecer su conexión en el momento en que funciona el aparato.

El aparato mismo queda colocado cerca de la cama en que reposa el enfermo y su manejo resulta en extremo sencillo para el profesor, a quien le basta con mover la palanca del encendido, aplicar el microfonendoscopio sobre la región que desee auscultar y regular mediante la caja de control la intensidad y el tono que juzgue más adecuados. Los alumnos, utilizando sus audífonos, pueden auscultar todos simultáneamente.

Creemos que la difusión de este electrofonendoscopio para auscultación colectiva, o de cualquier otro modelo semejante al nuestro, contribuirá ventajosamente para la enseñanza de la clínica médica, ya que es un fenómeno mundial el que se observa de plétora en las Facultades de Medicina.

REVISTA MEXICANA DE CIENCIAS MEDICAS

Eugenio Villain

1a. Motolinía 13

Apartado 1166. México, D. F.

La Mejor Casa para Instrumentos de Cirugía, Muebles para Hospital y Consultorio.

Autoclaves y Esterilizadores Eléctricos.

Un solo Precio: EL MAS BAJO.

Una sola clase: LA MEJOR.

SEÑOR DOCTOR: Si no ha recibido usted mi catálogo No. 15, pídanoslo y a vuelta de correo lo recibirá.

La Droguería y Farmacia de Regina, S. A.

Ejerce en su Departamento de Farmacia una escrupulosa vigilancia para que las recetas de los Señores Médicos sean preparadas rigurosamente según su indicación y con productos frescos y de primera calidad.

SERVICIO ESPECIAL A DOMICILIO.

Abierto de 7.30 a. m. a 9.30 p. m.
Domingos, de 8 a 1.

LLAMENOS POR TELEFONO Y SERA INMEDIATAMENTE ATENDIDO

DROGUERIA Y FARMACIA DE REGINA, S. A.

5 DE FEBRERO Y REGINA.

Teléfonos:

Eric. 2-18-50 Mex. J-14-36.

Apartado 71-07. MEXICO, D. F.

Forma de Historia Clínica Adoptada por los Hospitales de Boston, E. U. de A.

Traducción del Dr. F. Rueda Magro.

LA historia clínica tiene por objeto anotar de manera inteligente y lógica la secuela seguida por el desarrollo de la enfermedad de un paciente. Se refiere particularmente a la enfermedad actual, la cual debe completarse con notas que se obtengan durante el interrogatorio. Estas no deben aparecer en la historia en el órden expuesto por el enfermo, sino que deben servir para construir la historia después de haber obtenido todos los datos.

Al fin de la historia se anotará un resumen. Este debe contener únicamente los puntos esenciales. En ninguna circunstancia deberá exceder de un cuarto de página y en la mayoría de los casos debe ser más corto.

Las notas subsiguientes tienen por objeto indicar el progreso y desarrollo de los acontecimientos que se observen en un paciente durante su estancia en el Hospital. Estas notas sólo deberán escribirse después de haber leído las precedentes. Si esta lectura no se hace, inevitablemente se incurrirá en repeticiones inútiles y aserciones que no estarán de acuerdo con las precedentes. Las notas que dicten los médicos que pasan visita en los pabellones, deben ser consideradas como suplementarias; pero no reemplazan a las que hagan los internos o los estudiantes.

Las sugestiones que se hacen relativas a los hechos que deben obtenerse en cada capítulo, únicamente indican el tipo general de información que se deesa, pero de ninguna manera se considera que sean completas, en ningún sentido.

DATOS QUE DEBE COMPRENDER LA HISTORIA

Nombre. Residencia. Edad. Sexo. Estado Civil. Color. Lugar de nacimiento. Nombre del último médico que atendió al paciente.

Síntomas: Indicar los que aquejan al paciente.

Enfermedad actual. (Aunque lo anterior indica el orden en que debe tomarse la historia, cuando se transcriba en forma de historia clínica el capítulo relativo a la enfermedad actual, éste deberá aparecer al final de la historia, inmediatamente antes del examen físico.) Al anotar la enfermedad actual, utilícese la frase inicial del sumario y de ser posible anótese la evolución general y sistomatología del caso.

Arréglense los síntomas cronológicamente, principiando con la fecha de la iniciación de la enfermedad, discútanse las características del principio, los síntomas iniciales y la causa manifestada por el enfermo; en seguida descríbanse las series de acontecimientos conforme fueron progresando hasta el momento del ingreso del paciente.

Indíquense las condiciones de trabajo del enfermo en relación con su enfermedad y si ha dejado de trabajar, indicar la fecha y motivo. Dígase el tiempo que ha estado en cama. Anótense las mismas palabras del enfermo, cuando sean adecuadas y aprovéchen se las respuestas del interrogatorio.

No se incluyan en el capítulo de la enfermedad actual, las cosas correspondientes a

otros capítulos, háganse subdivisiones por párrafos cuando la descripción sea larga.

Al final de la enfermedad actual, asiéntese el estado de los otros aparatos distintos al que se encuentra afectado por la enfermedad actual. Estímese el grado de peso y vigor perdidos desde el principio de la enfermedad.

Indíquese el tratamiento a que ha estado sometido.

Para ejemplo de descripción de un síntoma, se dirá de un dolor abdominal, lo siguiente: Localización; radiación; carácter (molestia, adoloramiento, cólico, dolor agudo, quemadura, etc.); intensidad; interferencia con el sueño o el trabajo; si es constante, intermitente o periódico; de día o de noche; su relación con las comidas, duración, disminuído o agravado por vómitos o si está asociado a ellos, (cantidad, carácter, duración y tiempo en que se efectúan), la defecación, estado catamenial, descanso, ejercicio, presión, calor, frío, alimentación o medicación; si se acompaña de desmayos, distención o ictericia.

Historia familiar: Del padre, madre, hermanos, hermanas; vivan o hayan muerto. Historia familiar relativa a cáncer, diabetes, gota, tuberculosis, hemofilia, artritismo, enfermedades del aparato circulatorio, respiratorio, digestivo, renal, nervioso y muscular.

Condiciones matrimoniales: Tiempo que lleva de casado. Salud del cónyuge y de los niños. Abortos.

Condiciones sociales: ¿Ttiene familia que dependa del enfermo, o niños que no tengan persona que los cuide? ¿Necesita volver al trabajo debido a condiciones económicas? Si es soltero, ¿tiene que pagar renta mientras está en el Hospital? ¿Tiene hogar u otro lugar apropiado para la convalecencia? ¿Vive lejos de su hogar? ¿Vive solo? ¿Vive en casa de departamentos? En qué piso? ¿De qué nacionalidad es? ¿Tiene dificultades en el idioma? ¿Cuántas personas son de familia? ¿Tiene dificultades económicas? ¿Cuál es su grado de educación? ¿Su higiene? ¿Qué atención médica ha tenido antes de la enfermedad actual? ¿Ha tenido que trabajar estando enfermo? ¿Es bastante inteligente para seguir las indicaciones dietéticas? ¿Puede soportar el gasto que implica su dieta? Si está sujeto a dieta, ¿puede seguir su trabajo ordinario? ¿Qué factores emocionales tiene en casa? ¿Puede el paciente descansar en su hogar?

Costumbres.—Indicar los hábitos diarios de la vida del paciente; horas que duerme, ejercicio, trabajo en sus diversos aspectos, tensión que soporta durante el trabajo, interrupciones, preguntas y consultas, tiempo de descanso, etc. ¿Cómo gasta su tiempo de descanso y su dinero? ¿Tiene interés en la vida, además del de su ocupación y su familia? ¿Usa drogas? ¿De qué calidad y cantidad? ¿Cuándo las toma? ¿Usa morfina, veronal, etc.? ¿Alcohol, té, café, tabaco, medicinas de patente?

Ocupaciones.—Decir el nombre y dirección de su patrón. Especificar de la manera más precisa la naturaleza del establecimiento donde trabaja y del trabajo que desempeña; (por ejemplo, se dirá: Ayudante del moldeador de fundición de hierro). Precisar el número de años que trabaja en esa industria y el tiempo que ha desempeñado el trabajo actual. Si el trabajo ha sido variado o irregular, hacer las indicaciones del caso. No se acepten datos de admisión al Hospital sin haber hecho su confirmación.

Inquirir respecto de las horas del trabajo, de labor nocturna, distancia del hogar al sitio de trabajo, si hay exceso de fatiga, polvo, agentes tóxicos. Condiciones de iluminación, de ventilación, temperatura, humedad y demás condiciones sanitarias y de seguridad industrial. Preguntar acerca de enfermedades profesionales. Las más comunes de estas enfermedades se observan entre los plomeros, pintores, impresores y cajistas, causadas por el plomo; en los trabajadores de hule, por el benzol; empleados de garages, yeseros y trabajadores de la industria del gas, intoxicados por el monóxido de carbono; en los curtidores, antrax, etc.

¿Después de la convalecencia, puede volver a su anterior trabajo?

Antecedentes personales y patológicos: Nacido en..... Ha vivido en..... (Indicar tiempo en cada lugar.)

Datos relativos a varicela, viruela, difteria, sarampión, orejones, tos ferina, gripa, amígdalitis, corea, reumatismo, pleuresía, neumonía, paludismo, escarlatina, fiebre ti-

foidea. Asociación con tuberculosis. Otras enfermedades. Detalles de otras enfermedades que ha tenido el paciente. Estimación de la salud general del paciente, como la siguiente. "Ha sido siempre fuerte, sano y vigoroso trabajador", u otra por el estilo.

Ingresos anteriores al Hospital.

Traumatismos.

Operaciones: Fecha, lugar, anestésico, cirujano, operación, tiempo que estuvo fuera del trabajo.

Cabeza: Dolor, traumatismo.

Ojos: Anteojos. Fallas de la vista. Inflamación. Molestia.

Oídos: Sordera. Dolor. Excresión.

Nariz: Catarros, secreción. Epistaxis. Síntomas de obstrucción.

Dientes.

Garganta: Amigdalitis. Hipertrofia de la amígdalas. Ulceras de la boca o la garganta. Ronquera.

Aparatos cardíaco y respiratorio: Dolor en el pecho. Palpitaciones. Disnea. Tos. Esputo. Cantidad y carácter. Hemoptisis, sudores nocturnos.

Tubo gastro intestinal: Hábitos para comer. Apetito. Intestinos. Catárticos. Náuseas. Gases. Vómitos. Hematemesis. Molestia Cólico. Ictericia. Diarrea. Heces sangrientas, color de mastique, de arcilla, de brea. Hemorroides.

Aparato genito-urinario: Disuria. Hematuria. Orina turbia. Piuria. Retención. Incontinencia. Frecuencia. Nicturia. Historia de sífiles, gonorrea, chancro blando, bubones. Síntomas de sífilis, órganos genitales, ganglios, úlceras mucosas caída del cabello, rash, etc., etc.

Estado catamenial.—Edad en que apareció la primera menstruación. Fecha de la última. Regularidad. Duración. Dolor. Leucorrea. Anormalidades de la menstruación.

Sistema neuro-muscular: Temperamento. Vértigo. Desmayos. Comezón. Espasmos. Anestesia. Parestesia. Ataxia. Sensación de compresión alrededor de alguna parte del

"PULMOSEPTINA"

Intensa Medicación Antibacilar para la Tuberculosis.

Fórmula del Dr. Salvador V. Altamirano de la Facultad de México

S. Zendejas

Exámen Dr. Perrin 11 de Abril 1932.
Bacilos de Koch moniliforme largo 320'7 por campo
Estreptococos numerosos.—Neumococos numerosos

Exámen Dr. Perrin 28 de Abril 1932
Bacilos de Koch paramoniliforme largo 5'5 por campo
Estreptococos no se observan.—Neumococos escasos

Examen Dr. Perrin 7 de Mayo de 1932.
No se observan fibrillas elásticas.
Bacilos de Koch 4.4 por campo agrupados.
Desintegración granulosa, fagocitosis.
Estreptococos no se observan.—Neumococos escasos.

No. de Registro 2429 (DOS AMPOLLETAS) Patente No. 1871

Casa Bezanilla

cuerpo, punzadas, dolores musculares o de las articclaciones. Memoria y disposición. ¿Tiene alguna pena? Causas. ¿Las causas son adecuadas a la pena del paciente?

Peso: Peso máximo y fecha del mismo. Pérdida de peso. Kilos perdidos y tiempo en que se han perdido.

Personalidad: Asentar la impresión que se tiene del tipo individual del paciente, principalmente en relación con el modo de reaccionar a su enfermedad y a otros factores de la vida. ¿Qué clase de hombre es? ¿Nervioso? ¿Introspectivo? ¿Estoico? ¿Consciente? ¿Irresponsable? ¿Se puede creer la historia referida por el paciente?

Tratamiento recibido durante la enfermedad actual.

Exploración física: Aspecto general. Estado de desarrollo y nutrición. Si está en cama, ¿qué posición guarda? Si está en pie, ¿qué postura? Estado mental.

Cabeza: Simetría. Exostosis e irregularidades. Sensibilidad.

Cráneo: Limpieza. Cicatrices.

Cabello: Color. Cantidad. Textura.

Cara: Aspecto general.

Piel: Color. Textura. Temperatura. Humedad. Erupciones. Pigmento.

Ojos: Pupilas. Reacción. Regularidad. Esclerótica. Fotofobia. Lagrimeo. Diplopia. Nistagmus. Parálisis. Blefaroptosis. Exoftalmos, etc. Conjuntivas. Perturbaciones de la visión. Anteojos. Examen oftalmoscópico.

Oídos: Percibe el reloj a .... ctms. Excreción. Estigmas. Tofos. Examen Otoscópico. (Este examen puede posponerse para el día siguiente.)

Nariz: Deformidades. Obstrucción. Descarga.

Boca: Resiración. Ulceraciones. Exudados. Pigmentación.

Labios: Color. Herpes. Ulceraciones. Fisuras.

Dientes: Los que faltan. Cavidades, etc.

Encías: Rubicundez. Piorrea. Hemorragia. Línea saturnina.

Lengua: Superficie. Dirección de la propulsión. Temblor. Manchas mucosas.

Amígdalas: Enrojecimiento. Tamaño. Exudado.

Faringe: Color. Catarro. Paladar, reflejos. Adenoides.

Laringe: Caracteres de la voz. Examen laringoscópico. (Este examen puede ser pospuesto para el día siguiente.)

Cuello: Tiroides. Ruidos. Trill. Pulsaciones. Ganglios. Tiesura. Tiro.

Tórax: Simetría. Exapnsión en ambos lados. Tamaño y forma. Frecuencia, profundidad y carácter de la respiración. Pulsaciones anormales.

Pecho: Tumores, cicatrices, tamaño.

Corazón: Impulso apexiano; posición; carácter, tamaño del corazón. Percusión, palpación y auscultación.

Aorta: Percusión, palpación y auscultación.

Vasos periféricos: Arterias-pulsos radiales; ritmo, frecuencia, igualdad. Carácter de las paredes vasculares. Vasos radiales, humerales, temporales y otros si tienen interés.

Venas: Anormalidades.

Presión sanguínea: En posición decúbita; sistólica y diastólica.

Pulmones: Percusión. Auscultación. Frotamientos y vibraciones tactibles. Bordes inferiores.

Abdomen: Desarrollo. Simetría. Pulsaciones. Peristaltismo. Sensibilidad. Tumores. Espasmos. Resonancia. Movimientos respiratorios. Hernia. Flúidos. Reflejos.

Hígado: Dimensiones obtenidas por la percusión. Palpación del borde. Caracteres de la superficie y borde.

Vesícula biliar: Palpable. Sensibilidad.

Bazo: Ensanchamiento percibido por la percusión y palpación. Palación del borde. Si es palable, caracteres de la superficie y borde.

Riñones: Palpación. Movilidad.

Vejiga: Palpable.

Organos genitales: Anillos herniales.

Examen rectal: (Puede posponerse para el día siguiente.)

Examen vaginal: (Puede posponerse para el día siguiente.)

Ganglios: Del cuello, axilas, ingles, epitrocleares.

Huesos: Columna vertebral; Escoliosis, Lordosis, Rigidez, Sensibilidad. Otros hue-

sos. Exostosis, irregularidades, sensibilidad, etc., etc.

Extremidades: Miembro superior. Movimientos involuntarios, atetosis, movimientos coreiformes. Temblores. Polidactilia. Uñas. Reflejos periostales del bíceps, tríceps y radial. Modificaciones de las articulaciones. Miembros inferiores: varicosidades, cicatrices, úlceras, etc. Reflejos de la rodilla, de Aquiles, Plantar; Babinski; Oppenheim; clonus del pie; Kerning; Romberg, Marcha. Edema. Cambios de las articulaciones.

Sensibilidad: Anestesia, parestesia, hiperestesia.

Sumario: Breve resumen de los datos importantes obtenidos por el interrogatorio y examen físico.

Nombre de la persona que tomó los datos.

Un alumno de último año de estudios médicos.

RUTINA DEL LABORATORIO

Sangre:

Cuenta de glóbulos blancos, en todos los casos.

Hemoglobina, en todos los casos.

Cuenta de glóbulos rojos, si hemoglobina está por debajo del 75% o por encima del 100%.

Frotis, en todos los casos, al ingresar.

Repítase la cuenta de glóbulos blancos antes de una semana.

Cuenta leucocitaria bisemanal, en casos tifoidea, durante el período febril y más frecuentes si es necesario.

Examen completo de la sangre, una vez a la semana, en todos los casos de anemia primaria y de intensa anemia secundaria, así como en los de leucemia.

Orina:

Al ingreso, simple muestra; al día siguiente, examen completo de la orina de 24 horas.

Diabetes. Examen diario de la orina de 24 horas, con cuantificación de azúcar, etc.

Nefritis.—Envío diario de la orina de 24 horas, al laboratorio. Examen semanario. Bisemanal en las nefritis agudas.

Cistitis y Pielitis.—Remisión diaria, al laboratorio, de la orina de 24 horas. Exámenes según se indiquen. Cuantificación de pus por la estimación del sedimento obtenido por centrifugación.

Examen rutinario de orina para todos los enfermos, cada diez días.

Heces:

Examen microscópico y reacción de guayacán, en todos los pacientes, a su ingreso. Examen microscópico en todos los casos que den reacción positiva al guayacán, en los padecimientos gastro-intestinales y en los casos en que se sospechen parásitos intestinales.

Esputo:

Exámenes macroscópico y microscópico.

Dos exámenes para los enfermos pulmonares que arrojan esputo.

Repetición frecuente en casos sospechosos de tuberculosis.

Repítanse todos los encuentros positivos de tuberculosis.

Por rutina, coloración Ziehl-Neilsen. Además, coloración con azul de metileno y Gram.

EXAMEN RUTINARIO DE NEUROLOGIA

Nervios craneanos. Determinar las modificaciones subjetivas y objetivas de cada uno.

I.—Olfatorio: Subjetivo.—Perturbaciones del olfato.

Objetivo. Prueba de capacidad para reconocer el olor de la vainilla, éter, vinagre y café; cada uno por separado.

II.—Optico: Subjetivo.—Visión de los objetos cercanos y lejanos. Dificultad para leer. ¿Usa anteojos?

Objetivo.—Fondo. Hemianopsia, determinada por pruebas de los dedos. Colores.

III.—Oculomotor. Subjetivo: Diplopia.

IV.—Patético. (Troclear) Objetivo.

V.— Motor ocular externo. (Abductor). Movimientos de los músculos externos de los ojos; blefaroptosis; nistagmus; pupilas; reflejos a la luz y a la acomodación.

VI.—Trigémino: Subjetivo. Evidencia de parestesia de la cara, lengua y paladar.

Objetivo.—Sensibilidad: (Dolor, contacto, temperatura) de la cara, dos tercios anteriores de la lengua y paladar.—Prueba del gusto con azúcar, sal y ácido acético.

Movilidad. Debilidad de los músculos tem-

porales o maseteros. Desviación de la mandíbula a la derecha o a la izquierda.

VII.—Facial: Parálisis de cualquier parte de la cara, párpados, labios, mejillas. Pliegue nasolabial presente e igual en los dos lados.

VIII.—Acústico: Subjetivo.—Tintineo, silbidos, zumbidos, etc.

Objetivo.—Conducción del sonido producido por el diapasón, reloj, etc., por el aire y por el hueso. Diapasón Weber. Rinne. Vestivular. Barany's tests.

IX.—Gloso-Faríngeo.—Dificultad para tragar y articular. Prueba del tercio posterior de la lengua y paladar blando.

X.—Vago.—Objetivo.—Pulso. Número de pulsaciones y ritmo.

Respiración. Idem.

Discurso. (Cuerdas vocales). Calidad.

Simetría del paladar.

Subjetivo.—Vómitos.

XI.—Espinal: Fuerza muscular externo-cleido-mastoideo y trapecio.—Atrofia.

XII.—Hipogloso: Movimiento de la lengua; dirección de la propulsión; temblores de la lengua.

Cerebro

Lóbulos:

Frontal:

Subjetivo. Memoria.
Disposición.

Objetivo. Hábitos.
Orientación con relación al tiempo, lugar y persona.

Temporal Afasia.
Ataques del Girus uncinatus, alucinaciones del olfato, gusto. Ensueños.

Hemianopsia.—Pérdida de la vista de un objeto en su porción media o lateral.

Parietal: Sensorio.
Parestesia.
Tacto.
Dolor.
Temperatura.
Sentido muscular.
Estereognosis.
Movilidad.
Convulsiones.
Twitchings. (Sacudidas musculares localizadas.)
Temblor intencional.
Debilidad o parálisis de diferentes grupos de músculos.

Occipital: Hemianopsia (homónima.
Alucinaciones de la vista.

Cerebelo

Romber.—Si es positivo decir en qué dirección.

Marcha.—Si hay inclinaciones, decir la dirección.

Marcha.—Si hay inclinaciones, decir la dirección.

Vértigo.

Nistagmus.

Ataxia.—(Dedo a la nariz, dedo a dedo, talón a talón, dedo del pie a dedo del pie.)

Diadococinesia.—(Cuando la capacidad está disminuída se dice que hay adiadococinesia.)

Reflejos

Superficiales: A.—Epigástrico. (Explorar ambos lados, tanto cuando sea negativo como cuando sea positivo.)
B.—Adominal.
C.—Cremasteriano.
D.—Plantar.
E.—Erector espinal.

Profundos A.—Corneal.
B.—Bíceps.
C.—Tríceps.
D.—Rotualiano.
E.—Tendón de Aquiles, clonus del pie.
F.—Babinski.
G.—Oppenheim.
H.—Gordon.
I.—Kerning.

Sistema vaso-motor

Subjetivo.—Pies y manos, generalmente fríos.

Objetivo.—Humedad de la piel, cambios de color de la superficie de la piel, temperatura.

Esfinteres

Subjetivo.—Urgencia.

Objetivo.—Incontinencia.

Ganglios basales

Atetosis, temblores del reposo o intencional, pérdida del tono plástico, rigidez, desviaciones cefálicas, trastornos emocionales, anestesia dolorosa, etc.

Signos pituitarios

Acromegalia, sindrome de Froechlich, síndrome quiasmático, etc.

Cartas

Temperatura.
Respiración.
Pulso.
Observaciones de los vigilantes.
Especialistass: Radiólogo.
Oculista.
Aurista.
Laboratorista.
Ventriculografía. (Sólo en caso necesario y como tiemp pre operatorio.

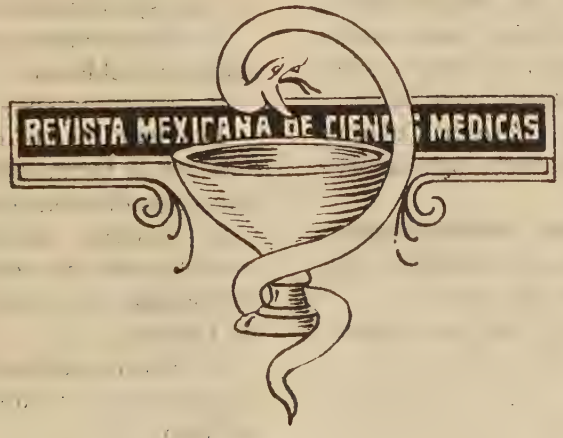
Sumario

Subjetivo.
Objetivo.

Impresión diagnóstica

Operación.

EL
ULTRAGADOL
IRRADIADO
de sabor agradable
REEMPLAZA VENTAJOSAMENTE EL ACEITE DE HIGADO DE BACALAO
LES
Etablissements Chatelain
París - FRANCE
Agentes en México:
A. RUEFF Y CIA.
Lucerna No. 7. MEXICO, D. F



Clasificación de los Tumores Intracraneanos

(*Adoptada después del Ultimo Congreso de Neurocirugía de BERNA, Suiza 1932*)

Dr. Fernando Rueda Magro.

I.—**Tumores sospechosos.**—Enfermos que llegan con diagnóstico de tumor, aun cuando a posteriori se demuestre que se trató de cualesquiera de los casos siguientes: aneurisma, arterio esclerosis, encefalitis y sus secuelas, sífilis esclerosis múltiple, hematoma subdural, epilepsia de Jackson, neurosis, psico neurosis, atrofia óptica indeterminada, aracnoiditis de la cisterna, llamada también pseudo tumor o meningitis serosa de cual- etc. Con diagnóstico de tumor sospechoso el profesor Cushing ha practicado hasta el 15 quier origen, entre ellos el paludismo, etc., de abril de 1931, mil treinta y un craniectomías.

II.—**Tumores no verificados histológicamente.**—Enfermos en los cuales no se intervino por considerarse inútil; sea por llegar el enfermo en malas condiciones, sea porque se trata de una metástasis cerebral de un tumor de otro órgano, sea porque sólo se hizo un trépano descompresivo para salvar momentáneamente la vida o la vista, o bien porque no se estaba preparado para la biopsia, etc., etc. De éstos, el profesor Cushing ha operado hasta la misma fecha ochocientos cincuenta y nueve casos.

III.—**Tumores verificados histológicamente.**—Hasta la misma fecha, la estadística del mismo cirujano es de dos mil casos.

Estos tumores se dividen en once categorías:

1.—Gliomas.
2.—Adenomas pituitarios.
3.—Meningeomas.
4.—Tumores acústicos.
5.—Tumores congénitos.
6.—Tumores metastásicos e invasores.
7.—Tumores granulomatosos.
8.—Tumores vasculares.
9.—Sarcomas primitivos.
10.—Papilomas del plexo coroide.
11.—Misceláneos.

1.—Gliomas

Primeramente se les dividió en gliomas sólidos, gliomas quísticos y quistes gliomatosos. Actualmente se dividen en diez clases:

a.—Astrocitomas (cerebral o cerebelar).—proviene de los astrocitos protoplásmico o del fibrilar.

b.—Glioblastomas multiformes.—Proviene de los espongioblastos bipolares.

c.—Meduloblastomas (cerebral o cerebelar)—.Proviene de los medulo blastos.

d.—Astroblastomas.—Proviene de los astroblastos.

e.—Espongliobla stomas polares.—Proviene de los espongliobla stos unipolares.

f.—Oligodendrogliomas.—Proviene de los oligodendroblastos.

g.—Ependimomas (cerebral y cereberal).—Proviene de las células ependimarias. Se conocen la forma diferenciada y la forma joven (ependimoblastomas).

h.—Ganglio neuromas.— Proviene de los neuroblastos. Se conocen dos formas: la diferenciada y la joven. (Tumores del ganglio de Gasser.)

i.—Neuroepiteliomas—Proviene de los espongioblastos primitivos. (Tumores de la retina.)

j.—Pinealomas.—Tumores del piso del tercer ventrículo. Provienen del parénquima pineal. Hay una forma diferencia y una joven (pineoblastoma).

2.—Adenomas pituitarios

a.—Cromófobos.
b.—Cromófilos.
c.—Mixtos.

3.—Meningeomas

(Muchas veces, dada su relativa benignidad, se piensa en psamomas y viceversa.)

4.—Tumores acústicos

(Se les llama también tumores del ángulo ponto-cerebeloso, por su gran frecuencia en dicha localización topográfica. Histológicamente son fibroblastomas perineurales (Mallory), llamados comúnmente neurinomas acústicos de Verocay.)

5.—Tumores congénitos

a.—Craneofaringiomas (tumor embrionario de la bolsa de Rathke).
b.—Colesteatomas y dermoides.
c.—Cordomas y teratomas.

6.—Tumores metastásicos e invasores

a.—Carcinomas.
b.—Sarcomas.
c.—Hipernefromas.
d.—Mielomas.

7.—Tumores granulomatosos

a.—Tuberculomas.
b.—Sifilomas.

8.—Tumores vasculares

1.—Malformaciones angiomatosas

a.—Telangiectasias.
b.—Angiomas venosos.
c.—Angiomas arteriales (angioma aneurismal.

2.—Hemangioblastomas

a.—Cerebelar (sea quístico o sólido, comprende las formas capilar, celular o cavernoso).
b.—Cerebral. (Se duda que exista.)

Conócese además un síndromo conocido con el nombre de enfermedad de Lindau, que consiste en una angiomatosis múltiple.

9.—Sarcomas primitivos

(Pueden ser fibrosarcomas, sarcomas melánicos, sarcomatosis, etc.)

10.—Papilomas del plexo coroide

(Tumores casi siempre situados en el foramen de Luschka.)

11.—Misceláneos

a.—Quistes (del plexo coroide, de equinococos, hidrocefalia, por obstrucción del foramen de Monro o bien de naturaleza indeterminada).
b.—Tumores que envuelven el cerebro. (Osteomas, osteocondromas, adamantinomas, etc.)
c.—Tumores primitivos no clasificados.

Nota.—Esta clasificación ha sido sacada por el suscrito, resumiendo los hermosos libros de Harvey Cushing, titulados "Intracraneal Tumors" y "Blood vessels Tumors," edición de 1931.

México, D. F., septiembre de 1932.

La Tripaflavina en el Tratamiento de la Pústula Maligna

Concluye

Dr. Carlos Finck

Algunas veces estas flictenas se secan, dando lugar a la formación de placas gangrenosas. En muy raros casos puede observarse en el lugar de inoculación un pequeño punto de color pardo; en otras ocasiones existe en forma de transición entre la pústula y el edema maligno.

En esta forma del padecimiento, felizmente bastante rara, los accidentes toxi-infecciosos son precoces y la septicemia casi nunca falta; se trata, por lo tanto, de una forma muy grave.

El edema maligno puede también observarse, aunque de una manera más rara, en el cuello, la región mamaria, los miembros superiores, etc., situándose sobre todo en las regiones de piel fina y tejido celular laxo.

El diagnóstico es generalmente muy fácil en la pústula maligna que casi siempre es característica. No he tenido oportunidad de observar casos de edema maligno o de carbón interno que son de diagnóstico más difícil. La investigación bacteriológica es, sobre todo, un gran auxiliar en estos dos últimos casos, ya que en el primero sólo sirve para comprobación.

El pronóstico, como se comprende, es más benigno en la pústula en la que desde que se emplea la seroterapia y el tratamiento local por cauterización ha descendido a 20 ó 25% y aun por debajo.

En el edema maligno y el carbón interno las cifras de mortalidad son más elevadas.

Tratamiento.—Es doble, el tratamiento local y el tratamiento general, complementándose uno al otro.

En el tratamiento local se ha preconizado la exéresis de la pústula con el bisturí, procedimiento que aun he visto emplear y que debe desecharse no solamente porque expone al enfermo a la spticemia por las brechas que abre en los tejidos a la bacteridia que penetra más fácilmente a la circulación general, sino también porque estando frecuentemente situado el padecimiento en regiones descubiertas y en ocasiones en sitios como la cara, deja una cicatriz de aspecto muy malo. Tuve oportuindad de ver una dama a la que se le había hecho una extirpación bastante amplia de los tejidos enfermos en la mano izquierda, seguida de la aplicación de la seroterapia y a la cual la cicatriz la tenía siempre disgustada.

Es preferible el empleo del termo o del galvano-cauterio destruyendo la pústula y formando una barrera periférica por medio de puntos de fuego finos y profundos en la zona de induración o en el edema periférico (método de Verneuil).

Se han propuesto también multitud de inyecciones locales, de las cuales las que mejor resultado dan son las de Solución de Yodo y las de Acido Fénico, pero son muy dolorosas en su aplicación.

El tratamiento general comprende actualmente de modo preferente la seroterapia, que da muy buenos resultados, acompañada de la medicación sintomática en caso necesario.

Se ha preconizado también la inyección intramuscular de Lipiodol, las inyecciones intravenosas de sales mercuriales solubles; de Electrargol y sobre todo de compuestos arsenicales de preferencia el Neosalvarsán y el Novarsenobenzol. Los resultados obtenidos han sido satisfactorios.

Finalmente se han tratado casos con bastante éxito inyectando la Toxina piociánica que tiene una acción que se opone fuerte-

mente al desarrollo de la bacteridia carbonosa, aunque los éxitos con ella obtenidos son menores que con la seroterapia combinada con el tratamiento local y algunos autores consideran que sus peligros son bastante grandes.

Profilaxis.—Tiene gran importancia, sobre todo en nuestro país, en donde está totalmente descuidada.

En las naciones como Francia, donde las autoridades sanitarias han emprendido una verdadera campaña profiláctica, el carbón ha disminuído considerablemente. En este pequeño trabajo sólo he querido hacer notar, al tratar de este punto, la conveniencia de que nuestras autoridades sanitarias, tanto locales como federales, inicien una campaña que llene dos fines: I.—La de educación de nuestros ganaderos, agricultores, etc., con el objeto de que den parte de todos los casos de fiebre carbonosa que se presenten en sus ganados y que hagan que los cadáveres de estos animales sean sepultados a profundidad conveniente, sin utilizar ninguna de sus partes. II.—Ordenar la vacunación anticarbonosa obligatoria de todos los rebaños y prohibir que estos rebaños pasten en los campos infectados por la bacteridia.

Una vez hecha esta ligera exposición del padecimiento, voy a relatar mis observaciones todavía muy escasas e incompletas de los resultados que se obtienen tratando esta enfermedad en el hombre con la solución de triplaflavina al 2% inyectada por vía intravenosa.

Poco tiempo después de haber llegado a esta comarca al ejercicio de mi profesión, tuve oportunidad de observar el primer caso de pústula maligna, enfermedad de la que sólo tenía noción por la descripción más o menos detallada que encontré en los libros de patología, ya que durante el tiempo que hice mis estudios en la capital de la República, no tuve nunca oportunidad de ver ningún caso de esta naturaleza, probablemente debido a que este padecimiento era raro en aquellas latitudes.

No obstante, era tan típico el aspecto de la lesión, que después de un estudio cuidadoso del paciente llegué al diagnóstico de pústula maligna, contribuyendo a afirmarlo el conocimiento de que en esta región es frecuente observar casos de esta naturaleza tanto en el hombre como en los animales.

Habiendo hecho ya el diagnóstico del padecimiento, me encontré casi desarmado para combatirlo, pues se trataba de un individuo extremadamente pobre que había pedido la consulta gratis, por lo que era imposible que sufragara los gastos necerios para adquirir varias ampolletas de suero anticarbonoso y solamente después de grandes sacrificios pudo obtener el dinero para comprar una ampolleta de 10 c. c., la cual le fué inyectada el mismo día, haciéndole además una cauterización con galvano-cauterio en toda la zona invadida por la pústula que estaba situada en el dorso del antebrazo derecho que se encontraba edematoso.

Al siguiente día, el estado del enfermo era casi el mismo; la temperatura era aún muy alta y toda la sintomatología acusaba el estado toxi-infeccioso del paciente. El edema que rodeaba la lesión persistía igualmente y ante la imposibilidad de seguir aplicando el suero, por las causas antes anotadas, pensé usar una substancia que gozara de grandes propiedades bactericidas y pudiera introducirse directamente en el torrente circulatorio, con el objeto de ver si se lograba detener el mal, pues como queda dicho antes, no podía hacerse otra cosa, y ante la alternativa de no hacer nada y esperar el resultado que probablemente hubiera sido fatal, o bien inyectar cualesquiera de las substancias que gozara de grandes propiedades antisépticas, opté por esto último y para el caso elegí la tripaflavina en solución al 2%, de la cual le inyecté 5 c. c. por vía endovenosa, estando el paciente en ayunas.

Desde el día siguiente los fenómemos generales se atenuaron, la fiebre disminuyó, la facies indicaba un mejor estado del enfermo y finalmente el edema del antebrazo disminuyó cerca de la mitad. Alentado por ese resultado y ese mismo día, hice una nueva inyección de 5 c. c.

Con gran sorpresa mía, al siguiente día la fiebre había desaparecido completamente; el estado general del paciente era bueno y el edema local desapareció de igual modo, quedando sólo la escara consecutiva a la

cauterización de la pústula. En vista de esto suprimí la aplicación de la tripaflavina, resuelto a emplearla nuevamente si volvían a presentarse síntomas alarmantes.

El enfermo continuó mejorando y 12 días después se desprendía la escara, dejando en su lugar una superficie cruenta de muy buen aspecto que cicatrizó lentamente por gemación con un tratamiento adecuado, siendo dado de alta 28 días después del principio del tratamiento.

Impresionado por este resultado resolví volver a emplear esa substancia en casos análogos. No pensaba escribir aun nada sobre el particular, por no dejarme impresionar por un caso aislado; pero a mediados del mes de octubre de 1929 se presentó otro caso y el día 9 de noviembre del mismo año otro más; ambos enfermos residían en San Carlos, Estado deDurango. En el primero se trataba de un individuo del sexo masculino, de 28 años de edad, agricultor y que pocos días antes había estado curando a un asno de su propiedad que murió, según decir de él, de piojo. La pústula estaba situada en la mejilla izquierda, inmediatamente por fuera del surco naso-geniano, su aspecto macroscópico era completamente típico, el edema bastante grande abarcaba la mejilla, ambos párpados del oo izquierdo, la mitad del mismo lado del labio superior y parte del cuello.

No queriendo exponer la vida del paciente por hacer una experiencia, logré que el enfermo consiguiera con una dama de Ciudad Lerdo, Dgo., que se comprara una ampolleta de suero anti-carbonosa de 20 c. c., la cual le fué aplicada el mismo día en mi consultorio, después de haberle hecho una cauterización al galvano-cauterio con anestesia local por novocaína-suprarrenina, acompañado por el doctor Francisco Hermosillo, quien bondadosamente se prestó a ayudarme en estos dos últimos casos a que me vengo refiriendo. Hay que hacer notar que en este enfermo la fiebre era poco elevada, 38½° y el estado general bastante bueno, indicios de la pequeña invasión del germen en la economía.

Al día siguiente el edema parecía haber aumentado, lo que atribuímos al traumatismo ya que los fenómenos generales permanecían estacionarios. En vista de que era imposible obtener más suero, pues hubiera sido abusar de la bondad de la dama que lo pagó, y no contando con otra cosa a la mano con que continuar el tratamiento, decidimos nuevamente empelar la tripaflavina a ver si era posible quitar el mal y suprimir así el peligro para el enfermo, por lo que al tercer día en ayunas se le inyectó por vía intravenosa una ampolleta de 5 c. c., habiéndonos encontrado al cuarto día del tratamiento que el edema disminuyó cerca de la mitad, la temperatura bajó a 37.3 grados y el enfermo decía sentirse notablemente mejorado.

Desde el siguiente día nos limitamos sólo a curar la lesión de la mejilla, habiendo desaparecido completamente el edema dos días después de la inyección de la substancia que nos ocupa y habiendo curado completamente la herida de la cauterización 14 días después del principio del tratamiento.

AMBULANCIA

Perfectamente Atendida para enfermos no infecciosos

Servicio día y noche. - Precios muy reducidos

Pídala Ud. a la

Agencia Eusebio Gayosso

Av. Hidalgo No. 13

TELEFONOS:

Mexicana: L-00-13. L-80-13. L-10-06

Ericsson: Servicio por nombre.

Pida Agencia Gayosso

Señores Médicos: para los casos que Uds crean conveniente proporcionaremos este servicio al precio mínimun posible

El otro enfermo de que hablé antes era una señora, igualmente radicada en San Carlos, Dgo., como dije ya, y a la cual fuí llamado a ver a su domicilio en Ciudad Lerdo a las 6 de la tarde del día 9 e noviembre, acompañándome mi estimado amigo el doctor Francisco Hermosillo.

Este es, sin duda alguna, el caso más grave que se me ha presentado. La lesión inicial se encontraba en la cara palmar del antebrazo izquierdo, en su tercio medio; estaba rodeada de una zona de edema blando que abarcaba todo el antebrazo, el tercio inferior del brazo y parte de la mano. Los ganglios epitrocleanos de ese lado estaban crecidos como del tamaño de un guisante y dolorosos; los movimientos eran escasos y decía la enferma que sentía el miembro sumamente pesado. El estado general era bastante malo; la facies indicaba la postración de la enferma, que al intentar levantarse de la cama estuvo a punto de caer; la temperatura bucal era de 40.3 grados, la orina escasa, la lengua seca y saburral y había además torpeza intelectual y auditiva.

Dado la hora que era y no contando con medios, nos contentamos con formular antipiréticos y curaciones locales antiflogísticas, volviendo al día siguiente a inyectarla en ayunas.

En esta enferma, siendo absolutamente imposible disponer de otros elementos, dada la pobreza extrema en que se encontraba su familia y alentado por los resultados obtenidos en los casos anteriores, decidimos usar desde un principio y solamente, la solución de tripaflavina al 2% a la dosis de 5 c. c. por vía intravenosa, reservándonos para más tarde, si fuere necesario y cuando esto fuera posible, trasladar a la enferma al consultorio para cauterizar ampliamente la pústula, teniendo, preciso es confesarlo, la esperanza de lograr únicamente con la substancia inyectada, la curación total del padecimiento, tanto en su lesión local como en la septicemia que le acompañaba y era su consecuencia.

El día 10 se hizo, pues, la primera inyección, siendo el estado general de la enferma el mismo que el día anterior y con gusto encontramos el día 11 que los fenómenos generales se habían atenuado, la temperatura bucal era de 38.7 grados, la enferma estaba perfectamente consciente y decía sentirse bien, la orina había aumentado, eliminándose por ella la substancia medicinal, que también apareció en los vómitos que le sobrevinieron poco tiempo después de la administración de una pequeña cantidad de leche que tomó después de haberse inyectado.

Por lo que respecta a los fenómenos locales, habían permanecido estacionarios, por lo que ese día decidimos inyectar nuevamente 5 c. c. de la solución de tripaflavina y que se siguieran aplicando localmente las curaciones húmedas calientes.

Al día siguiente, el cuadro cambió notablemente, la temperatura había vuelto a la normal, el pulso era de 80 por minuto, las orinas aumentaron y estaban fuertemente teñidas por la substancia inyectada; en cuanto a los fenómenos locales, el edema disminuyó, quedando solamente en las partes cercanas a la pústula. En vista de esto no se le inyectó ese día, sino hasta el cuarto, en el que encontramos que el edema había desaparecido totalmente, quedando sólo la pústula, pero el collar de vesículas aparecía deprimido y seco, no existiendo en ellos serosidad, el estado general parecía el de una persona sana. En los días subsecuentes la lesión del antebrazo siguió mejorando hasta desprenderse la escara espontáneamente 21 días después del principio del tratamiento, siendo entonces dada de alta.

Vinieron después los casos que a continuación describo, habiendo empleado en todos ellos exclusivamente la tripaflavina, y como puede verse, los resultados han sido completamente satisfactorios.

Como se fueron presentando lentamente los casos tratados, tuve que esperar hasta reunir este pequeño número de ellos y finalmente, queriendo que en algunos hubiera la comprobación bacteriológica, esperé hasta que se presentaron los dos últimos que voy a relatar más adelante y en los cuales el señor doctor Jesús López Velarde me hizo el favor de investigar la bacteridia con resultados positivos.

El caso número 4 fué el de FRANCISCA

BRUCIAGA, de 30 años de edad, natural de San Juan de Casta, Dgo., y radicaba en la Hacienda de San Carlos, Dgo. Se presentó en el consultorio el día 29 de marzo de 1930, pudiéndose ver en la mejilla izquierda la pústula maligna de aspecto característico y que desde un principio y por ser tan clara le fué diagnosticada por el responsable de la botica de La Profesa. El edema invadía la mitad de la cara y casi producía la oclusión del ojo izquierdo por el edema de los párpados.

Principió 6 días antes a aparecer una vesícula que se rascó y evolucionó hasta tener el aspecto característico de la lesión carbonosa. Habiéndole tomado la temperatura axilar se encontró que era de 38 grados y no se quejaba de ningún trastorno. El mismo día se le inyectaron 5 c. c. de tripaflavina al 2% por vía intravenosa, no haciendo ningún tratamiento en la lesión. El día 30 solamente se observó el descenso de la fiebre a la normal, por lo que nuevamente se inyectó, notándose que con esta inyección desapareció totalmente el edema y la pústula regresó notablemente. En vista de lo anterior no fué sino hasta el día primero de septiembre cuando se le practicó una tercera y última inyección con lo que sanó por completo, cayendo la escara de una manera espontánea 8 días tespués de suspender el tratamiento.

JOSEFINA SOTO fué el quinto caso; de 22 años de edad, natural de Cuencamé, Dgo., casada, radica en Ciudad Lerdo, Dgo., en la Calle Coronado número 105; se presentó a la consulta el día 4 de mayo de 1930, con una pústula carbonosa en la cara externa, tercio medio del brazo derecho. A primera vista daba la impresión de tratarse de una vacuna por el sitio en que se encontraba; examinada atentamente y preguntándole la causa de su padecimiento, se llegó al diagnóstico de pústula maligna, dado que los caracteres de la lesión eran bastante típicos; el edema igualmente existía y el estado general de la paciente era satisfactorio, pues la temperatura solamente llegaba a 37.5 grados y el pulso a 80 por minuto; la secreción urinaria normal; no se obtuvo por la exploración física ningún otro dato importante.

El mismo día se hizo la primera inyección de 5 c. c. de solución de tripaflavina, sin hacerse ningún tratamiento en la lesión local.

El día 5 la pústula parecía más bien en estado de mayor turgencia; el edema permaneció estacionario y el estado general satisfactorio, habiéndose hecho una nueva inyección. Desde el día 6 la lesión principió a mejorar; el edema disminuyó considerablemente y la temperatura desapareció; en vista de esto no se hizo inyección sino hasta el día 7, que fué la última y en el que se observó la pústula casi seca, habiéndose desprendido la escara el día 15 del mismo mes espontáneamente, dándosele de alta.

El caso número 6 es el de J. CRUZ LUGO, de 35 años de edad, natural de Ciudad Lerdo, Dgo., en donde radica, de oficio vaquero.

Se presentó a la consulta el día 11 de julio del mismo año. No se pudo obtener ningún dato por los antecedentes, la lesión había aparecido aproximadamente ocho días antes como una picadura de insecto pasando por sus diversas fases hasta llegar a tener sus caracteres típicos y habiéndolo tra-

''COLENOL''
Unico tratamiento por irrigación de las
INFECCIONES INTESTINALES
Solicite literatura a los representantes
LLANO Y CIA. S. EN C.
República del Salvador No. 51

tado con toques de tintura de yodo. Se encontraba situada en el dorso de la mano derecha y había un edema muy acentuado en la misma; ligero crecimiento de los ganglios epitrocleanos, la temperatura axilar marcaba 38 grados, el estado general bastante satisfactorio, la excreción urinaria normal en apariencia. No se encontró nada anormal por la exploración física fuera del padecimiento que nos ocupa.

El mismo día 11, primera inyección de tripaflavina de la misma manera que los días 12 y 13, siendo hasta este último cuando la lesión principió a regresar. El día 14 el edema desapareció completamente y hasta el día 19 que siguió observándose, la lesión estaba curada, no pudiéndose precisar cuándo cayó la escara, porque el enfermo no volvió a la consulta.

Caso número 7. PEDRO TORRES, de 50 años de edad, agricultor, natural de Fresnillo, Zacatecas. Se presentó el día 13 de julio de 1930 (dos déas después que el enfermo anterior), siendo ya la lesión característica. y se encontraba situada en la cara dorsal de la articulación del cuello del pie izquierdo, compañándose de edema que abarcaba el pie y la mayor parte de la pierna del lado enfermo. La temperatura axilar era de 39.3 grados, el pulso de 110 por minuto, las orinas escasas y obscuras; no se encontró a la exploración ningún otro padecimiento.

El mismo día se hizo la primera inyección, principiando a eliminarse la substancia inyectada por las orinas. El día 12 nueva inyección, habiéndose podido apreciar ese día solamente un descenso de la fiebre a 38 grados.

El día 13 los fenómenos locales principiaron a atenuarse. La fiebre era la misma; las orinas aumentaron; el estado general mejoró, por lo que no se inyectó ese día, sino hasta el 14, que fué por última vez, no tratándose la lesión local con ningún antiséptico.

Ya el día 14 el edema había desaparecido; la pústula formaba sólo una costra seca y dura de color negro, y la temperatura era de 37 grados; el estado general era completamente satisfactorio.

La escara se desprendió 17 días después del principio de la curación.

Caso número 8. MARCOS MATA, de 50 años de edad, natural de Cañitas, Zac., pastor de cabras y radicado en la Hacienda de San Carlos. Se presentó a la consulta el día dos de junio del presente año, pudiéndose ver en la cara dorsal de la primera falange del índice izquierdo una escara negra circunscrita por una aureola de vesícula, acompañada de gran edema de la mano y del tercio inferior del antebrazo del mismo lado. La temperatura axilar era de 38 grados, el pulso de 100 por minuto y el enfermo, que es un individuo completamente inculto y burdo, dice no sentir ninguna molestia. A preguntas especiales que se le hicieron, contestó que pocos días antes de enfermarse destazaron una res muerta de carbón, y comieron de esa carne, hecho éste que me parece relató en el consultorio del doctor López Velarde cuando se le llevó para hacer el análisis bacteriológico que resultó positivo. Se hizo, pues, el diagnstico de pústula carbonosa y se inyectaron ese mismo día 5 c. c. de tripaflavina y en la solución de continuidad hecha en la lesión para tomar el exudado por examinar al microscopio, se colocó una curación aséptica simple.

Al día siguiente se observó la pústula en estado de mayor turgencia, el edema persistía con sus caracteres y sólo la fiebre había desaparecido. Nueva inyección de tripaflavina y aplicación de curación aséptica. habiéndose logrado con esta inyección que los fenómenos locales se atenuaran, disminuyendo el edema y principiando a regresar la pústula, fenómenos éstos que continuaron al siguiente día en que nuevamente se inyectó.

En vista de que con esta inyección el edema desapareció por completo y la pústula estaba casi seca, no se inyectó sino hasta el cuarto día, pues se vió que la curación no era completa, colocando nuevamente curación aséptica simple durante varios días hasta obtener la curación, que se retardó por haber sobrevenido una infección ligera en la escara, pues por la naturaleza de su trabajo y por estar el padecimiento en la mano, el apósito se ensuciaba con frecuencia, dándose el caso de que tuvo que destazar un ani-

mal muerto durante los días que estuvo tratándose, llegando al consultorio con la curación en un estado lastimoso.

Caso número 9. SALOME CASTAÑEDA. De 33 años de edad, natural de Nazas, Dgo., agricultor, radica en Ciudad Lerdo, Dgo., en la calle Juárez número 214. El día 4 de junio del presente año notó en la cara anterior tercio superior del antebrazo derecho, una pápula que él compara a una espinilla y la cual reventó con una aguja, notando que en vez de sanar, principiaron a aparecer en su periferia pequeñas vesículas que fueron llenándose de líquido y que finalmente se volvieron confluentes dejando en el centro, en el punto donde apareció la lesión inicial, una depresión de color obscuro. Hace aproximadamente dos días (el 9 de junio), principió a notar edema en todo el antebrazo, parte de la mano y tercio superior del brazo, al mismo tiempo que sentía un poco de fiebre, acompañada de sed y cefálea. Interrogado especialmente, se pudo comprobar que unos días antes de principiar el padecimiento estuvo cortando trigo en una finca cercana, habiéndose producido, como es frecuente en estos casos, pequeñas erosiones en las manos y los antebrazos con las barbillas de las espigas en el momento de efectuar estas maniobras.

El día 11 lo vi por primera vez y lo llevé al laboratorio de doctor J. López Velarde, quien practicó el análisis del exudado de la lesión, el cual resultó positivo. El mismo día se le inyectaron 5 c. c. de tripaflavina y se colocó curación aséptica en la lesión. El día 12, la pústula había aumentado su turgencia, la corona de vesículas era completamente confluente y se encontraba llena de líquido, no observándose mejoría; antes, al contrario, más bien parecía que había progresado un poco; nueva inyección de tripaflavina y nueva curación aséptica. Pudo comprobarse al siguiente día que la lesión principiaba a regresar; la flictena contenía escaso líquido; el edema disminuyó y el estado general volvió a la normal. El día 13 se inyectó nuevamente y se aplicó la curación ordinaria, con lo que se obtuvo la desaparición completa del edema y la flictena secó totalmente, por lo que no se volvió a inyectar hasta el día 15, habiéndo continuado la aplicación de curaciones asépticas hasta obtener el desprendimiento de la escara, lo que se efectuó diez días después, quedando solamente la cicatriz acrómica.

Ventajas del tratamiento

Dado el número tan reducido de casos tratados, no es posible aún llegar a alguna conclusión en firme; será indudablemente cuando se cuente con una estadística más numerosa cuando se pueda decir la última palabra sobre su eficacia.

Sí creo que en vista de los resultados tan alentadores obtenidos, pueden atribuírse a esta substancia las siguientes ventajas en el tratamiento de la pústula maligna.

I.—Suprime el tratamiento local, que además de ser doloroso en algunas ocasiones, implica una intervención a la cual muchas veces el enfermo se resiste y que deja además muchas veces una cicatriz casi siempre visible y deformante, pues el padecimiento se sitúa por lo regular en las partes descubiertas, lo cual tiene inconveniente, sobre todo en las damas.

II.—Excluye el uso del suero, del que se necesitan varias ampolletas de costo elevado, y si se tiene en cuenta que casi siempre estos enfermos pertenecen a la clase humilde, se ve que las veda toda posibilidad de este tratamiento, en tanto que bastan tres o cuatro ampolletas de tripaflavina para lograr la curación que se consigue con un costo muy reducido.

III.—Los resultados de la aplicación de la substancia son ya perfectamente conocidos; su inocuidad es manifiesta aun a dosis mucho más elevadas de las que en un principio se emplearon y sólo hay el peligro de la aparición del eritema lumínico, que es un accidente más bien molesto que peligroso y que puede evitarse. Debo hacer notar que a pesar de haber empleado repetidamente la substancia en estos enfermos, nunca se presentó un caso de esta naturaleza, a pesar de que algunos de ellos, como por ejemplo el del caso número 8, se veían obligados a seguir trabajando, por la naturaleza de su ocupación, todo el día en el campo, bajo los rayos solares; esta ausencia del eritema puede deberse o bien a resistencia racial o bien

a que el color obscuro de la piel los protege más de los rayos solares.

IV.—Parece ser que la tripaflavina tiene una acción específica sobre la bacteridia carbonosa in vivo; el número de casos que posteriormente se boserven será el que decida.

V.—La duración del padecimiento se acorta considerablemente y de manera muy principal si se suprime la intervención quirúrgica, especialmente la exéresis con el bisturí.

VI.—El enfermo, desde que los fenómenos generales desaparecen, puede volver a sus ocupaciones.

Ultimamente, el señor doctor Jesús López Velarde, que fué profesor en la Facultad de Medicina en la capital de la República y que actualmente radica en esta ciudad, conociendo el resultado de mis observaciones, trató en el Sanatorio Español de ésta un enfermo de pústula maligna, que estaba situada en la región frontal (como se ve precisamente en una de las partes en donde la cicatriz que queda es perpetua y visible). La escara era bastante amplia y el edema muy marcado en la mitad correspondiente de la cara al punto donde se situaba la lesión; el infarto ganglionar muy notable en las regiones parotidea, retro y submaxilar; la temperatura llegó a ser superior a 39.5 grados y el estado general un poco atacado. Se aplicaron únicamente inyecciones de solución de tripaflavina al dos por ciento por vía intravenosa y sólo la víspera de principiar el tratamiento se le puso una ampolleta de Omnadina, pues el diagnóstico todavía no se había hecho; localmente se alicaron curaciones húmedas con solución de ácido bórico.

El doctor López Velarde tuvo la gentileza de invitarme a seguir el curso del tratamiento en este enfermo, el cual después de cuatro inyecciones que se aplicaron primero diariamente y después alternadas, curó completamente, siendo dado ed alta pocos días después.

De igual manera hace unos cuantos meses se presentó un caso que en un principio se epnsó podría tratarse de este padecimiento en un niño de año y medio de edad, al cual inmediatamente se le aplicó la tripaflavina por vía intravenosa, sólo que, dada la edad del paciente, hubo necesidad de hacer las inyecciones en la yuguar externa, lo que se logró con éxito. Como clínicamente la naturaleza del padecimiento era dudosa, se hizo el examen microscópico resultando negativo. No obstante que se siguió aplicando la substancia por vía intravenosa, el padecimiento siguió su curso, sin observarse ningún efecto por la influencia de este tratamiento, sanando algún tiempo después a la aplicación de un tratamiento local especial.

Estudio Teórico-Práctico de la Operación Intracapsular de la Catarata

Por el Dr. R. CASTROVIEJO, JR.,
Chicago, Ill.

SIEMPRE fué un gran problema en Oftalmología la operación de la extracción de la catarata, habiendo sido objeto de las más variadas opiniones; en estos últimos años, con motivo de la extracción total, es cuando la controversia ha ido en aumento encontrándose este tema en la actualidad algo confuso y difícil de aclarar por la simple lectura de los trabajos presentados en Congresos y publicados en las revistas, trabajos que muchas veces no están exentos de apasionamiento.

Este caos de ideas acerca de un problema tan importante perjudica considerablemente a los que llenos de ambición se inician en la especialidad, tratando de encontrar los métodos más apropiados para los distintos casos que más tarde se les presentarán en el ejercicio de su profesión.

Analizando los trabajos publicados, se encuentran en unos favoritismos de escuela ensalzando el método que ellos practican y exponiendo las numerosas dificultades y complicaciones de los otros, obteniendo conclusiones de la lectura de otras comunicaciones, pues generalmente no tienen ninguna experiencia con los métodos que critican. Otros trabajos están basados en un estudio muy limitado de casos y atribuyen las complicaciones al método mismo, cuando en realidad fueron debidas a la omisión de detalles adicionales que a la par que sirven de complemento necesario al método, facilitan el acto operatorio y disminuyen las complicaciones ulteriores.

Desde los primeros años de mis estudios médicos me fascinaba como no puede menos de hacerlo a cualquiera, la operación de la extracción de la catarata, la más elegante de cuantas se realizan en el cuerpo humano y a su estudio dediqué gran parte de mis actividades durante el período estudiantil, siendo el tema de la catarata el que elegí para mi primer trabajo, una vez terminada la carrera.

Con mi padre, que fué mi primer maestro en la especialidad, tuve ocasión de familiarizarme con el método clásico y más tarde estudiar algunos casos operados por el método de Smith, el cual tuvo que abandonarse por pesar más los inconvenientes que las ventajas.

Desde que Barraquer en 1917 presentó su primera comunicación acerca de la extracción de la catarata con el erisifaco, empezó mi padre las extracciones por el vacío con el aparato del Dr. Barraquer y la modificación de Muñoz Urra, haciendo una crítica de este método en el año de 1920. Desde entonces siguió practicando esta operación en un número suficiente de enfermos para obtener estadísticas que no mostraron dar resultados superiores a los obtenidos por la capsulotomia; quizás fuera ello debido a la imperfección instrumental de aquella época, o a la falta de detalles que tanto han influído en el desarrollo de la extracción in-toto.

A partir de 1927 empecé a estudiar la extracción con pinza, utilizando la de Verhoeff, modificación de la de Kalt, y en 1929 publiqué mi primer trabajo con una estadística de cien casos y un resultado de setenta por ciento de extracción positivas, con resultados visuales muy superiores a los obtenidos por el método clásico a la par que un número menor de complicaciones post-operatorias. Desde entonces, en vista de los perfeccionamientos instrumentales y las estadísticas tan formidables publicadas por Barraquer, los hermanos Green, VanLint, Saint Martin y otros, he vuelto a ocuparme del procedimiento de extracción por el vacío, teniendo la gran oportunidad de trabajar durante los dos últimos años en el Chicago E. E. N. T., y de estudiar los casos operados por Fisher, siguiendo la técnica de Smith, por Nugent,

operando con la técnica de Barraquer y los míos operados por los procedimientos de Barraquer y pinza.

El estudio comparativo de los tres métodos de Barraquer, Smith y pinza, es el que me propongo desarrollar bajo el título de **"Estudio teórico y práctico de la operación intracapsular de la catarata,"** dedicando el fruto de mis observaciones a los que iniciados en el campo de la Oftalmologuía, se encuentran perdidos en medio de la diversidad de ideas en que está sumergido este importante problema.

Expondré brevemente las ventajas e inconvenientes de la extracción clásica, para tener una base de comparación al analizar los procedimientos intracapsulares.

EXTRACCION INTRACAPSULAR

En la extracción clásica, la cápsula anterior del cristalino se rasga con instrumentos especiales y el contenido cataratoso es extraído por expresión. Si bien en aquellas cataratas en las que el núcleo completamente esclorosado ocupa todo el interior del saco capsular, el procedimiento clásico dará excelentes resultados, no sucederá lo mismo en las cataratas blandas, morganianas, intumestentes y no maduras, en las que gran cantidad de masas quedarán alojadas detrás del iris irritándolo con sus productos tóxicos, creando sinequias que deforman la pupila y hasta pueden ser origen de glaucoma secundario cuando se producen membranas que obstruyen la pupila o cuando la sinequia posterior es completa. Además de estas complicaciones inflamatorias que para evitarlas requieren el empleo sistemático de atropina después de cada operación, tenemos el peligro de los enclavamientos capsulares, proliferación del epitelio de la cristaloides anterior, causa de cataratas secundarias, así como plegaduras capsulares que pueden ser origen de opacidades tardías.

Las manipulaciones necesarias para expulsar los restos corticales que quedaron en la cámara anterior, traumatizan el ojo y a la par que exponen a la salida del vítreo, aumentan la reacción del ojo y prolongan el curso post-operatorio. Las nuevas intervenciones como discisión, capsulotomia e iridocapsulotomía que hay que practicar para restablecer la vista en los operados que hayan tenido la desgracia de que la catarata secundaria se les forme, tienen el inconveniente de una nueva intervención con todos sus peligros. En cambio, tiene la extracción clásica a su favor el ser un procedimientos universal aplicable a todos los casos, y que permaneciendo en situación anatómica la cápsula posterior protege el vítreo, impidiendo su salida, mejor que los procedimientos intracapsulares, así como también son menos frecuentes las hernias del iris.

Por lo anteriormente expuesto, se ve que la operación intracapsular, a pesar de dar resultados visuales excelentes en determinados casos, tiene entre otros grandes inconvenientes el dejar en el interior del ojo cierta parte del órgano que ha perdido su funcionalismo normal y por lo tanto, constituye una operación incompleta.

Así lo han comprendido numerosos oftalmólogos y desde muy antiguo nos encontramos con operadores que vislumbraron en la extracción total el método ideal y la operación del porvenir.

Después de Daviel que en 1757 extrajo algunas cataratas con su cápsula con la ayuda de pinzas, la verdadera era de la extracción in-toto empieza con Richter, en 1763, multiplicándose desde entonces las técnicas y perfeccionándose la operación, gracias a los esfuerzos de numerosos Oftalmólogos como Wright, Arnemann, Mac Namara, Mulroney, Tersón, Hnos. Pagenstecher, de Wecker, Jacobson, Grandenigo, Smith, Kuhnt y más recientemente Pes, Kalt, Hulen, Stanculeanu, Knapp, Torok, Verhoeff, Barraquer y Elschnig, llegando a adquirir la operación intracapsular en estos últimos años un perfeccionamiento técnico difícil de superar, habiéndose presentado estadísticas que superan con mucho a las obtenidas anteriormente con la operación clásica y una popularidad creciente que augura la aceptación universal de la operación intracapsular como método ideal quirúrgico, hasta que no se descubra el verdadero ideal que sería la devolución de

la trasparencia perdida al cristalino opacificado.

ESTUDIO TEORICO

Tres son los métodos fundamentales que se practican en la actualidad para la extracción total: el de Smith, la extracción con la pinza y el procedimiento por el vacío o método de Barraquer.

En el de Smith, o método de expresión pura, la extracción se realiza aplicando presiones externas que reformando el vítreo tienden a vaciar el contenido ocular en la única dirección posible abertura pupilar e incisión operatoria. En este procedimiento la resistencia está representada por el cristalino y las fibras zonulares, el elemento activo de la extracción es el cuerpo vítreo deformado por las presiones externas que al empujar por detrás al cristalino rompe primero las fibras zonulares y sigue luego empujándole hasta que le hace franquear la pupila y la incisión.

Se comprende fácilmente que en este procedimiento donde al cuerpo vítreo se le exige un papel tan activo, los derrames del mismo han de ser muy frecuentes siguiendo la expulsión del cristalino o antes de su extracción; además, cuanto más joven sea el enfermo, más peligro habrá de que sobrevenga esta complicación por la mayor dificultad en romper las fibras zonulares más resistentes en los sujetos jóvenes, a la par que debido a la fuerte inserción de estas fibras en l aregión ciliar, estaremos expuestos a que se nos presenten en el transcurso post-operatorio, ciclitis, hemorragias en el cuerpo vítreo, desprendimientos de coroides y retina y ectopias intraoculares que favorecen los enclavamientos del iris.

Se comprende cuán grande ha de ser la experiencia del operador con objeto de obtener buenos resultados con este método.

Para evitar los dos principales inconvenientes de la extracción por el método de Smith que son pérdida la de vítreo y los enclavamientos del iris, se ha recurrido a otras técnicas que poseyendo las ventajas de la de Smith no tengan sus inconvenientes. Estos métodos son la extracción con pinza y el método de Barraquer.

Con las pinzas se pellizcan la cápsula anterior del cristalino y después de efectuar pequeños movimientos con objeto de romper las fibras zonulares, se extrae la catarata ejerciendo una tracción suave hacia el exterior, con lo cual el ojo no experimenta más violencia que la producida al vencer la resistencia opuesta por las fibras zonulares.

En este método, la resistencia está representada por la cápsula comunicada a las fibras de la zonula y por éstas al cuerpo ciliar. Esta resistencia es vencida únicamente por la fuerza de tracción dejando, por lo tanto, intacto al cuerpo vitreo que si se derrama será debido a inhabilidad operatoria, movimientos intempestivos del enfermo o estados patológicos del vítreo como adherencias entre este flúido y cáusula posterior.

En este procedimiento influyen grandemente las condiciones especiales de edad, tipo de catarata, modelo de pinza y experiencia del operador.

La edad influye del mismo modo que la extracción a lo Smith, siendo tanto más difícil el dislocar el cristalino cuanto más joven es el enfermo. En estos sujetos jóvenes la regla es que las fibras zonulares sobrepasen en resistencia a la cápsula y ésta se rompa, pero si la cápsula es más resistente que las fibras, nos exponemos a las complicaciones arriba mencionadas por parte del ciliar, coroides y retina.

Acerca del tipo de catarata nos encontramos con que no todas las cápsulas se dejan plegar fácilmente, así es que habrá muchos casos en los cuales las pinzas no podrán utilizarse por la imposibilidad del pellizcamiento capsular como sucede en algunas cataratas maduras, en las intumescentes y en las cataratas esclerosadas en las que el núcleo llena por completo el saco capsular, que en este tipo suele ser muy delgado y se rompe con facilidad.

El modelo de pinza tiene también extraordinaria importancia, así encontramos pinzas como el modelo primitivo de Kalt, de bordes afilados que cortan la cápsula, otras que permiten una abertura excesiva de las ramas

y el pellizco es tan grande que el resto de la cápsula no es bastante para contener el interior cataratoso y sobrepasando su elasticidad, la cápsula se rompe.

Cuando el pellizcamiento capsular es muy pequeño, existe también el peligro de rotura de cápsula por no tener suficiente base para ejercer la tracción.

Después de haber probado todos los tipos de pinzas, el que a mi juicio reune las mayores ventajas es la Verhoeff, siendo sus características las siguientes: ser sus bocados de superficies planas en lugar de dos aristas que raspan y cortan la cápsula; tener una guía que impide el desplazamiento de las ramas asegurando su perfecta coaptación; estar provistas de un tope que impide la excesiva abertura de las ramas y otro para evitar el exceso de presión, buscando con lo primero que el pliegue de la cápsula no sea muy grande y exponga al estallido capsular, especialmente en cataratas de núcleo grande y en las blandas de paredes frágiles; el segundo dispositivo evita el mallugamiento capsular producido por un exceso de presión; y por último, como únicamente los bocados de la pinza entran en contacto, no hay peligro de coger al mismo tiempo el iris y la cápsula.

Se comprende también que la experiencia operatoria juega un papel muy importante, por cuya razón las estadísticas obtenidas por este método varían mucho, según los distintos operadores, necesitándose gran práctica para regular la abertura de las pinzas en las que no son de abertura constante; así como se necesita bastante experiencia para conocer el grado de presión que es necesario ejercer en algunos casos para pellizcar una cápsula difícil de plegar sino exponernos a la desagradable complicación de luxar el cristalino en el cuerpo vítreo.

Analizando ahora la extracción con el erisífaco de Barraquer, se observa que poseyendo todas las ventajas de la pinza, no tiene tantos inconvenientes, o mejor dicho tantas causas de rotura capsular.

El erisífaco es en esencia una pinza pneumática, de acción constante o perfectamente regulable que aplicándose a la superficie anterior del cristalino en una extensión lo suficientemente grande, nos permite realizar los mismos movimientos que con la pinza para dislocar el cristalino y extraerlo.

Exceptuando los sujetos jóvenes en los cuales las tracciones sobre el ciliar podrían ser perjudiciales, las cataratas subluxadas, las congénitas, las traumáticas en las cuales el erisífaco no es aplicable, así como las cataratas membranosas para las cuales el método de la pinza es el mejor, observamos: I.—Que con el erisífaco el tipo de catarata no influye para nada, pudiéndose emplear en las intumescentes, maduras y morganianas. II.—Es un aparato perfectamente regulable con el cual se puede obtener siempre una succión constante, no sujeta, por lo tanto, a condiciones individuales del operador. III.—No hay que hacer ni un exceso ni un defecto de presión para sujetar a la cápsula como es necesario con la pinza, sino simplemente apoyar suavemente el erisífaco en la superficie anterior del cristalino y apretar el botón que abre paso al vacío, con lo cual el cristalino queda adherido a la ventosa de un modo más suave que con la pinza, sujeto como con ésta a las manipulaciones del operador para dislocarlo, rompiendo las fibras zonulares.

La teoría de que la ventosa disloca el cristalino debido al movimiento vibratorio del vacío es totalmente inexacta, basta para probarlo realizar experimentos en ojos de gatos de seis semanas, aplicando el erisífaco suavemente en la superficie anterior del cristalino y cerrar y abrir el paso del vacío; pero sin verificar movimientos laterales y observaremos que las fibras zonulares no se han roto; lo mismo se puede realizar en enfermos, observándose que en aquellas cataratas de cápsula fácilmente plegable y zonulas frágiles como sucede en los individuos de más de cincuenta y cinco años, el cristalino se disloca fácilmente debido a la disminución concéntrica de la cápsula anterior que penetra dentro de la cucharilla de la ventosa; pero en aquellos cristalinos de núcleo grande esclerosado, en las cataratas intumescentes y en las juveniles, se observará que la acción rápida de aspiración del erisífaco no es sufi-

ciente para romper las fibras zonulares, necesitándose por parte del operador los mismos movimientos que son necesarios para dislocarlo con la ayuda de la pinza, pudiendo como con ésta substituír el erisifaco por la capsulotomia en los casos de zonula resistente.

Todo esto prueba que el erisifaco de Barraquer no es en realidad más que una pinza perfeccionada que nos permite obtener mayor número de extracciones in-toto que con una pinza corriente. El tacto se conserva lo mismo que utilizando la pinza y el vacío de sesenta milímetros no es lo suficientemente fuerte para producir traumatismos ciliares, siendo estos debido a la obstinación por parte del operador de terminar la extracción intracapsular en los casos en que la zonula no se rompe de primera intención.

Antes de estudiar prácticamente los métodos intracapsulares vamos a exponer brevemente algunos detalles que contribuyen grandemente al éxito de la operación de la catarata en general y del método intracapsular en particular.

Analizando las estadísticas de distintos operadores se observa que los resultados obtenidos están en relación directa con la técnica empleada, siendo tanto mejores cuanto más completa en detalles de seguridad fué la técnica que se empleó.

No hay ni un solo trabajo en donde no se mencione la dificultad de practicar la operación intracapsular en los enfermos nerviosos e indóciles. Este inconveniente ha desaparecido en la actualidad con el empleo sistemático de: a) Sedativos la víspera de la operación; b) Parexia del orbicular según la técnica de VanLint o una de sus modificaciones; c) inyección retrobulbar de novocaína y adrenalina; d) sutura de fijación en el recto superior. El empleo sistemático de estos cuatro detalles elimina la parte activa o cooperación que hasta ahora se les había exigido a los enfermos, puesto que se les inhabilita de efectuar movimientos intempestivos y la operación se realiza en un campo completamente inmóvil, con lo cual desaparece también la constante nerviosidad en que el operador se encontraba antes en presencia de sujetos indóciles. El peligro de la pérdida de vitreo a la que naturalmente están más expuestas las operaciones que extraen el tabique capsular protector de aquel fluído, ha dado lugar a la clasificación por parte de algunos autores: de ojos propicios para la extracción intracapsular no expuestos a la pérdida de vitreo, en los cuales la cornea se colapsa una vez verificada la incisión, a estos ojos que generalmente se presentan hundidos se les ha llamado "ojos cadavéricos"; el segundo grupo de enfermos en los cuales la operación intracapsular está contra indicada se presentan en enfermos generalmente pletóricos con ojos prominentes en los que al practicar la incisión aparecen estrías orizontales en la cornea y el contenido ocular muestra una cierta tendencia a salir entreabriendo los labios de la incisión. En estos ojos las complicaciones de pérdida de vitreo, prolapso de iris y hasta hemorragia expulsiva son de temer.

La aplicación sistemática de la inyección retrobular ha hecho que todos los ojos entren en el grupo primero, pues a los pocos minutos de la inyección se produce una disminución del tono ocular que hace aptos a todos de ser operados por el método intracapsular.

La incisión en plena córnea con todos sus inconvenientes de cicatrización tardía con pobreza vascular, tendencia a los prolapsos de iris, incisiones pequeñas, etc., ha venido a ser substituída por la incisión más racional en el limbo esclerocorneal con colgajo de conjuntiva, así también la iridectomía periférica e iridotomía de Elschning han substituído a la iridectomía amplia reuniendo las ventajas de ésta sin sus inconvenientes.

Las suturas córnea y conjuntival han venido a llenar un hueco en la cirujía Oftalmológica, ayudando al cierre inmediato de la herida, previniendo las pérdidas de vitreo y mejorando su prognóstico en caso de que ocurran, acortando el tiempo de cicatrización, disminuyendo los prolapsos de iris, infecciones y toda clase de complicaciones post-operatorias.

Por último el tallado de una buena in-

(Continuará.)

Para el paludismo,
pneumonia
grippe

Una combinación perfecta, que aumenta cuatro veces la acción Antitérmica de la Quinina

Para uso Hipodérmico, Intramuscular e Intravenoso. Indicado en todas las enfermedades de carácter febril, Grippe, Paludismo, Fiebres Infecciosas, Etc.

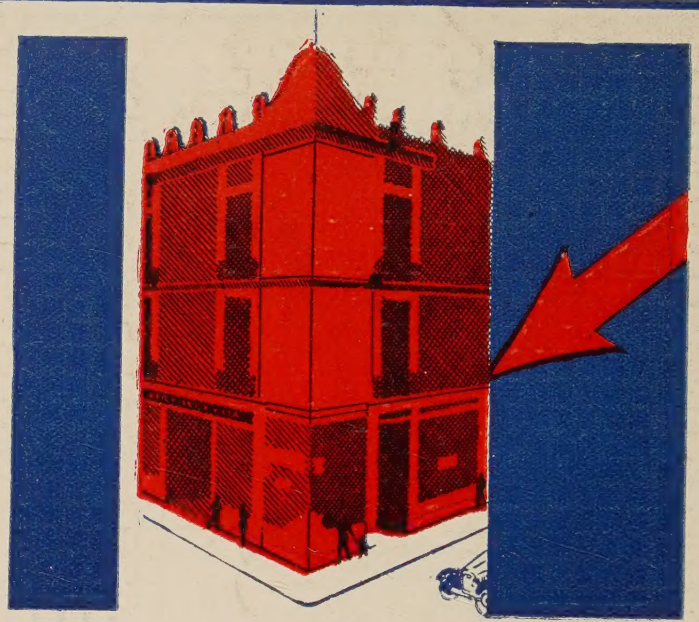
INDOLORO. - NO PRODUCE ZUMBIDO DE OIDOS. - TONIFICA EL CORAZON

SE VENDE EN CAJAS DE
5 Amp. de 5 cc, para adultos y 10 Amp, de 2 cc. para niños

Importadores: - CIA. INTERNACIONAL DE DROGAS, S. A.

Isabel la Católica Núm. 85. México, D. F.

Quinapon



50 AÑOS

1882 1932

DE SERVIR AL PUBLICO CON EL MEJOR SURTIDO DE DROGAS, MEDICAMENTOS Y ARTICULOS DE TOCADOR.

BEICK, FELIX Y CIA.

ANTIGUA DROGUERIA DE "LA PALMA".

MEXICO, D.F.

AV. MADERO 39 APARTADO 313.

Talleres Linotipográficos "Rivadeneyra," S. A.— Miguel Ramos Arizpe y Plaza de la República.